



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

**AUTOCUIDADO DOS ENFERMEIROS  
QUE EXERCEM EM CUIDADOS PALIATIVOS:  
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ESPECIALIZADAS**

**Relatório de estágio de natureza profissional**

Alzira Maria Gomes Pinheiro

Porto, 2024

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

---

AUTOCUIDADO DOS ENFERMEIROS QUE  
EXERCEM EM CUIDADOS PALIATIVOS:  
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS  
ESPECIALIZADAS

SELF-CARE OF NURSES WORKING IN  
PALLIATIVE CARE: A PROJECT TO DEVELOP  
SPECIALIZED COMPETENCIES

Relatório de estágio de natureza profissional orientado  
pela Professora Doutora Sara Pinto, Professora Adjunta  
na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Porto, 2024

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós,  
deixam um pouco de si, levam um pouco de nós...”*

Antoine Saint-Exupéry

## AGRADECIMENTOS

Este mestrado, correspondeu a um caminho cheio de desafios. Deveria ter aproveitado melhor esta jornada, com mais prazer e menos sofrimento... Não foi um caminho fácil, o medo, o cansaço e o desalento tomaram muitas vezes conta de mim e senti várias vezes que não seria capaz. Hoje sei que fui, mas não o consegui sozinha, várias foram as pessoas que apoiaram e me deram força para continuar. Por isso, gostava de agradecer de forma individual:

À Professora Doutora Sara Pinto agradeço toda a orientação, disponibilidade e encorajamento como Orientadora deste relatório, bem como pela paciência, compreensão e apoio.

À Professora Doutora Olga Fernandes, Coordenadora deste Mestrado, pela orientação relativa ao estágio de Natureza Profissional, bem como a todo este percurso.

À Enfermeira Catarina, à Enfermeira M<sup>a</sup> João, ao Enfermeiro Ivo, à Enfermeira Joana e ao Enfermeiro Alexandre, por todos os momentos de aprendizagem e reflexão, por toda a colaboração. Em especial, um Obrigada à Enfermeira Catarina, por não me ter deixado desistir. Aos meus colegas, à Enfermeira Luísa e à Enfermeira Dalila por todo o apoio e incentivo.

Às minhas colegas de curso, em especial à Margarida, à Fátima e à Juliana, por todas as vivências e partilhas neste percurso.

Às minhas amigas, Ni, Sara, Diana, Catarina, Isa, Joana e Vânia pela força e amizade.

À minha família, em especial ao meu afilhado Guilherme, a quem peço desculpa pela ausência neste seu primeiro ano de vida.

Um agradecimento especial à minha mãe, por estar sempre comigo e ser um dos meus grandes apoios.

Ao Luís, meu companheiro de vida, pelo amor, encorajamento, incentivo e apoio, por ser o meu porto seguro.

Por último e não menos importante, a Deus e a Nossa Senhora de Fátima.

Obrigada!

Um agradecimento muito especial, a si avô Zé e a ti tio Jorge, por me mostrarem a importância crucial dos cuidados paliativos, bem como as todos os doentes que me incentivam a ser melhor todos os dias.

## **SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

ANA- *American Nurses Association*

CCI- Cuidados Continuados Integrados

CDI- Classificação Internacional de Doenças

CNCP- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP- Cuidados Paliativos

CSH- Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral de Saúde

EAPC - *European Association for Palliative Care*

ECOG- *Eastern Cooperative Oncology Group*

ECSCP- Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

ECSC- Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EMCEPSP- Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

ESAS- *Edmonton Symptom Assessment Scale*

ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto

INE- Instituto Nacional de Estatística

ISBAR- *Identify, Situation; Background; Assessment; Recommendation*

MBI- *Maslach Burnout Inventory*

MEMCPSP- Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

OE- Ordem dos Enfermeiros

OG- Objetivo Geral

OMS- Organização Mundial de Saúde

PDCA- *Plan-Do-Check-Act*

PEDCP- Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PNCP- Programa Nacional de Cuidados Paliativos

PNS- Plano Nacional de Saúde

PPS- *Palliative Performance Scale*

ProQOL5- *Professional Quality of Life 5*

RENTEV- Registo Nacional do Testamento Vital

REPE- Regulamento do Exercício Profissional para a Prática de Enfermagem

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP- Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SECPAL- Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

SNS- Serviço Nacional de Saúde

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos

## RESUMO

Este relatório com o tema “Autocuidado dos Enfermeiros que exercem em Cuidados Paliativos” tem como finalidade descrever, documentar e refletir sobre o percurso decorrido, bem como sobre a aquisição de competências comuns e especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de atenção à Pessoa em Situação Paliativa, no decorrer da realização de um estágio de natureza profissional, em dois contextos distintos- Unidade de Cuidados Paliativos e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos .

Os profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Paliativos (CP) lidam, frequentemente, com situações difíceis, como a morte, o medo e a angústia. Esta confrontação diária pode originar situações de desconforto pessoal e profissional como a dor, o sofrimento e a vulnerabilidade humanas. Assim, o conceito de autocuidado –central na prática de Enfermagem – é essencial no contexto de atuação em CP. O projeto de desenvolvimento de competências teve por objetivo o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua, no âmbito da área de especialização em epígrafe, com a finalidade de promover a consciencialização da importância do autocuidado, na prevenção de situações de burnout e fadiga por compaixão, promovendo bem-estar e qualidade de vida dos profissionais, e a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Para dar resposta a este projeto, seguiu-se a metodologia proposta pela Ordem dos Enfermeiros para a realização de projetos de melhoria contínua.

Os resultados obtidos permitem-nos compreender que o autocuidado é fundamental para a prevenção do burnout e da fadiga de compaixão. O tema foi, também, considerado relevante nos contextos de estágio onde foi apresentado. As estratégias de autocuidado, como por exemplo alimentação equilibrada, exercício físico, boas relações sociais e adotar e desenvolver estratégias de coping são essenciais neste contexto.

Este estágio configurou-se, portanto, num processo importante para uma melhor compreensão dos cuidados desenvolvidos e das competências comuns e especializadas adquiridas, bem como para o desenvolvimento do projeto, tendo subjacente a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Em suma, adquirimos e desenvolvemos competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de intervenção à Pessoa em Situação Paliativa, e com o projeto pensamos ter contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Autocuidado, Burnout, Competências, Cuidados Paliativos, Enfermagem; Fadiga por Compaixão.

## **ABSTRACT**

This report, entitled "Self-Care of Nurses Working in Palliative Care," aims to describe, document, and reflect on the journey undertaken during a professional internship in two distinct contexts: a Palliative Care Unit and an Intra-Hospital Palliative Care Support Team. The report also focuses on the acquisition of common and specialized competencies in Medical-Surgical Nursing in the area of care for people in palliative situations.

Healthcare professionals working in Palliative Care (PC) often deal with difficult situations such as death, fear, and anguish. This daily confrontation can lead to situations of personal and professional discomfort, such as pain, suffering, and human vulnerability. Therefore, the concept of self-care – central to the practice of Nursing – is essential in the context of PC. The competence development project aimed to develop a continuous improvement project in the aforementioned specialization area. The project's goal was to promote awareness of the importance of self-care in preventing burnout and compassion fatigue, thus promoting the well-being and quality of life of healthcare professionals and improving the quality of nursing care. To achieve this goal, the methodology proposed by 'Ordem dos Enfermeiros' for continuous improvement projects was followed.

The results obtained allow us to understand that self-care is fundamental for preventing burnout and compassion fatigue. The topic was also considered relevant in the internship contexts where it was presented. Self-care strategies, such as a balanced diet, physical exercise, good social relationships, and adopting and developing coping strategies, are essential in this context.

Therefore, this internship was an important process for a better understanding of the care provided and the common and specialized competencies acquired, as well as for the development of the project, which has the underlying goal of continuous improvement of the quality of care. Concluding, we acquired and developed competencies in Medical-Surgical Nursing in the area of care for people in palliative situations, and we believe that the project has contributed to improving the quality of nursing care.

**Keywords:** Self-Care, Burnout, Skills, Palliative Care, Nursing, Compassion Fatigue.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	13
<b>1. Competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica</b> .....	15
1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal.....	15
1.2. Melhoria contínua da qualidade.....	16
1.3. Gestão dos cuidados.....	17
1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	18
<b>2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa</b> .....	19
<b>CAPÍTULO 2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO</b> .....	27
<b>1. Descrição do contexto de estágio I: Unidade de Cuidados Paliativos</b> .....	30
<b>2. Descrição do contexto de estágio II: Unidade de Cuidados Paliativos</b> .....	32
<b>3. Descrição do contexto de estágio III: Equipe Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos</b> .....	36
<b>CAPÍTULO 3. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ESPECIALIZADAS</b> .....	41
<b>1. Identificar, perceber e dimensionar o problema</b> .....	43
1.1. Identificação do problema: Autocuidado dos enfermeiros, burnout e fadiga por compaixão em contexto de cuidados paliativos.....	43
1.2. Perceber e dimensionar o problema: Burnout e fadiga por compaixão em cuidados paliativos.....	50
<b>2. Objetivo</b> .....	54
<b>3. Perceber as causas</b> .....	55
<b>4. Planejar e executar as tarefas/atividades</b> .....	56
<b>CAPÍTULO 4. REFLEXÃO CRÍTICA DE ATIVIDADES</b> .....	61
<b>CONCLUSÃO</b> .....	71
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	73
<b>APÊNDICES</b> .....	83
Apêndice A - Desenho do projeto aprovado pelo Conselho Técnico-Científico da ESEP	
Apêndice B – Apresentação do projeto à equipa	
Apêndice C – Questionário de avaliação da sessão de apresentação	
Apêndice D – Estudo de Caso UCP	
Apêndice E – Estudo de Caso EIHSCP	

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Unidades de competências e critérios de avaliação .....	20
--	----

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Critérios específicos de referência para UCP-RNCCI .....	31
<b>Quadro 2.</b> Diferenças entre os conceitos de Burnout e Fadiga por Compaixão .....	49
<b>Quadro 3.</b> Descrição dos objetivos específicos e atividades a desenvolver .....	55
<b>Quadro 4.</b> Análise SWOT .....	57

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio de natureza profissional é parte integrante da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional com relatório – Módulo II, inserido no segundo curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Segundo o regulamento deste ciclo de estudos, o estágio de natureza profissional, nos contextos de prática clínica, inclui 510 horas de estágio, divididas em dois momentos: i) um primeiro momento com duração de 170h, com o objetivo de reconhecer as necessidades dos contextos onde foi realizado o estágio e elaborar um pré-projecto; ii) um segundo momento, num total de 340h, para desenvolver e implementar o projeto, ambos com o objetivo principal de permitir a aquisição de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Neste contexto, o estágio de natureza profissional foi realizado em três contextos de cuidados, todos na região norte do país: dois numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e um numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

O presente relatório tem como finalidade descrever e documentar o percurso decorrido, nomeadamente no que se refere à integração e mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do ciclo de estudos, assim como a aquisição de competências comuns e especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

No que diz respeito às competências especializadas, foi desenvolvido, no decorrer do módulo I, um projeto de carácter individual sob o tema “Autocuidado dos Enfermeiros que Exercem em Cuidados Paliativos”, previamente aprovado pelo Conselho-Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Diariamente, os profissionais de saúde são confrontados, na sua prática clínica, com pessoas com necessidades paliativas, algumas em fase terminal ou em situação de últimos dias/horas de vida. Os cuidados paliativos (CP) representam uma área onde existe especial contacto com situações difíceis, como são o caso da vulnerabilidade humana, o sofrimento (multidimensional) e, com frequência, o fim de vida, o processo de morrer e a morte (Barbosa, 2016; Bernardo, et al., 2016; Vaz, 2020). A incerteza face ao futuro, o sofrimento e a vulnerabilidade humana suscitam, por conseguinte, necessidades de diversas ordens, nomeadamente espirituais, tanto nos doentes, como nas famílias e nas equipas (Pinto, 2012). Assim, os profissionais das equipas

de CP, nomeadamente os enfermeiros, estão particularmente expostos ao sofrimento, ao burnout e fadiga por compaixão, pelo que a temática do autocuidado é central neste contexto (Bernardo, et al., 2016; Vaz, 2020). Face ao exposto, é importante que os enfermeiros especialistas nesta área de cuidados desenvolvam também estratégias e intervenções direcionadas ao seu autocuidado.

Neste sentido, este relatório pretende documentar, descrever e, também, refletir acerca das competências adquiridas, bem como das experiências que foram vivenciadas ao longo da realização do estágio, além do desenvolvimento do projeto individual de competências. Assim, o principal objetivo foi o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua, no âmbito da área de especialização em epígrafe, com a finalidade de promover a consciencialização da importância do autocuidado, na prevenção de situações de burnout e fadiga por compaixão, promovendo bem-estar e qualidade de vida dos profissionais, e a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Na elaboração deste projeto de melhoria contínua foi usada o ciclo *Plan-Do-Check-Act* (PDCA), descrito no "*Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem*", divulgado pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013).

O presente relatório encontra-se estruturado em 4 capítulos. O primeiro contempla o desenvolvimento de competências clínicas comuns e especializadas do enfermeiro especialista; o segundo a descrição dos contextos de estágio de natureza profissional e no terceiro o desenvolvimento do projeto de desenvolvimento de competências específicas especializadas, nomeadamente do projeto individual sob o tema "*Autocuidado dos Enfermeiros que exercem em Cuidados Paliativos*". No quarto e último capítulo é realizada uma reflexão crítica, global, do percurso realizado e das atividades desenvolvidos no decorrer do estágio de natureza profissional.

## **CAPÍTULO 1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Neste capítulo iremos apresentar, sucintamente, a importância do desenvolvimento de competências em CP.

Na atualidade, a profissão de Enfermagem assume uma maior importância e também uma maior exigência científica e técnica, pelo que a diferenciação e a especialização numa determinada área de cuidados é, cada vez mais, uma realidade comum e abrange não só enfermeiros como também outros profissionais de saúde.

Na área da saúde, o termo "competência" refere-se à capacidade e habilidade dos profissionais de saúde para realizar suas funções de maneira eficaz, segura e ética. A competência na saúde abrange uma variedade de áreas e implicações, englobando desde conhecimentos técnicos específicos, até habilidades interpessoais e a capacidade de fazer um juízo crítico (Hutton et al., 2016).

Neste contexto, importa realçar o trabalho desenvolvido por Patricia Benner, enfermeira e professora, autora da teoria do desenvolvimento de competências em Enfermagem. No seu livro "De Iniciado a Perito A Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem", Benner (2001), enfatiza a importância da aprendizagem pela experiência prática para atingir a perícia profissional. Segundo a autora, a aquisição de competências para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros decorre ao longo de cinco níveis: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). A autora, destaca ainda, que a prática efetiva não se limita apenas ao domínio técnico, mas inclui aspetos emocionais, éticos e interpessoais, destacando-se uma visão holística na sua ação perante determinadas situações.

No contexto da prestação de CP, e de um modo global, a *European Association for Palliative Care* (EAPC), define competência como "um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que se relaciona com o desempenho profissional de alguém, pode ser medido perante padrões bem aceites, e pode ser melhorado e desenvolvido através de treino" (Gamondi et al., 2013, p.89). Nesta visão, o conceito de competência é encarado como algo complexo, nem sempre fácil de monitorizar, mas essencial para uma prestação de CP com qualidade. Segundo a mesma fonte, são dez as competências centrais em CP:

1. Aplicar os princípios centrais dos CP, tendo em conta o ambiente próprio e seguro para o doente e família;
2. Promover conforto físico no decorrer da trajetória de doença;
3. Atender as necessidades psicológicas dos doentes;
4. Atender às necessidades sociais dos doentes;
5. Atender às necessidades espirituais dos doentes;
6. Responder às necessidades dos familiares cuidadores relativamente aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo;
7. Responder aos desafios éticos e clínicos na tomada de decisão;
8. Implementar trabalho em equipa interdisciplinar, coordenado, em todos os contextos da prática de CP;
9. Desenvolver competências comunicacionais e interpessoais ajustadas aos CP;
10. Promover o autoconhecimento e o desenvolvimento profissional contínuo.

O conceito de competência remete-nos, assim, para o desenvolvimento de três pilares fundamentais, nomeadamente os conhecimentos, as habilidades e as atitudes (Gamondi et al., 2013).

Este documento constitui uma orientação matriz para as diversas áreas profissionais que atuam no contexto dos CP. No que diz respeito às competências dos enfermeiros, e segundo dados de uma revisão sistemática da literatura, existe um conjunto alargado de competências, que os autores organizaram em seis domínios: competências para colaborar com o doente, família e equipa; competências em comunicação e questões culturais; competências clínicas; competências psicossociais e espirituais; competências relacionadas com o exercício profissional e liderança e, ainda, competências ético-legais (Hökkä et al., 2020).

Em Portugal, foram alcançados alguns passos no que concerne às competências do enfermeiro especialista nesta área, sobre as quais abordaremos com maior detalhe nos tópicos seguintes.

## **1. Competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), enfermeiro especialista é aquele a quem é reconhecida a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem especializada numa determinada área. Neste regulamento, está definido o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista, e que são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, e decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. As dimensões envolvidas são:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Nos parágrafos que se seguem, efetuamos uma análise de cada um dos domínios, separadamente, para melhor entendermos as atividades desenvolvidas.

### **1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal**

De acordo com o Artigo 5º do regulamento previamente referido, as competências no domínio da responsabilidade ética e legal, o enfermeiro especialista “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, (...), agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p. 4745).

Com efeito, e no decorrer deste estágio de natureza profissional, foram muitos os desafios nesta área, nomeadamente no que se refere às problemáticas de cariz bioético, presentes nos cuidados a pessoas em situação de fim de vida, e conseqüente processo de tomada de decisão em determinadas situações. São disso exemplos, as dificuldades inerentes a algumas decisões nem sempre fáceis de tomar como a suspensão de alguns tratamentos ou, até, de cuidados que nem sempre se revelam benéficos e promotores de conforto (como é o caso da hidratação). Nestas situações, aprendemos – desde cedo – a nortear a nossa prática segundo os quatro

princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Beauchamp & Childress, 2013). Na reflexão crítica serão abordados, com maior detalhe, alguns exemplos particularmente difíceis.

O princípio da beneficência está associado ao dever de fazer o bem, de auxiliar os outros a alcançar ou obter o que é vantajoso para eles. Por outro lado, o princípio da não-maleficência implica evitar causar dano, fazer mal. Nunes (2008) ressalva que não causar dano é um imperativo, sendo ainda mais prioritário do que a obrigação de promover o bem. A aplicação, na prática, do princípio da beneficência é complexa. A ponderação entre risco e benefício torna-se desafiadora em determinadas circunstâncias, uma vez que está condicionada pelos valores e interesses das partes envolvidas, pela consideração das consequências individuais e sociais, além de outros fatores. Durante o estágio de natureza profissional, algumas foram as situações que provocaram reflexões na equipa.

No que diz respeito à autonomia, apesar de ser um pilar fundamental da dignidade humana, e um objetivo central em CP, importa referir que nem sempre é um direito absoluto, ainda que constitua um direito fundamental. A autonomia ainda não é um conceito universalmente aceite e, tradicionalmente, é entendida como a capacidade de uma pessoa fazer uma escolha racional (Houska & Loučka, 2019). O conceito de autonomia em CP não deve ser reduzido apenas à tomada de decisão. Em vez disso, deve ser um conceito mais amplo e que abranja a capacidade de os doentes exercerem controlo sobre a sua própria vida e cuidados que querem receber. Cabe-nos a nós, enfermeiros especialistas, potenciar ao máximo o doente em situação paliativa, com o objetivo de preservar a sua condição de saúde, melhorar a sua funcionalidade e autonomia, bem como promover a qualidade de vida, bem-estar e conforto na fase final de vida (Ribeiro, 2017).

## **1.2. Melhoria contínua da qualidade**

De acordo com o Artigo 6º, as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, e garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p. 4745).

Segundo Dias (2014), qualidade em saúde corresponde a um processo contínuo de atividades planejadas, baseado na análise de desempenho e no estabelecimento de metas específicas para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. A qualidade em saúde pode ser compreendida como uma filosofia a integrar por cada profissional na sua prática clínica, maximizando o bem-estar do doente, numa lógica de procura contínua da qualidade (Dias, 2014; Potra, 2015).

A OE identifica, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem À Pessoa em Situação Paliativa, seis categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados de Enfermagem (OE, 2017). Estes enunciados descritivos, constituem uma matriz conceptual que define e orienta o exercício profissional do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação paliativa. Este modelo conduz à reflexão sobre os cuidados prestados, orienta na tomada de decisão em Enfermagem, destaca a visibilidade das intervenções autónomas de Enfermagem e contribui para a definição de indicadores de Enfermagem.

Importa salientar que para melhorar a qualidade dos cuidados é necessário considerar a importância do desenvolvimento de uma cultura de qualidade nas organizações do sistema de saúde. Para implementar uma cultura de qualidade, as organizações devem ter as seguintes características: cultura de abertura e transparência; liderança em qualidade; ênfase no trabalho em equipa; responsabilização; alinhamento dos valores profissionais e organizacionais; ensino integrado; profissionais adequados, envolvendo os utilizadores dos serviços e das comunidades; capacitação dos indivíduos; valorização de cuidados compassivos; coerência nos esforços desenvolvidos para a qualidade (OMS, 2020). Assim, é importante melhorar, continuamente, a qualidade de um serviço (neste caso, dos cuidados que prestamos), para serem possíveis alcançar cuidados de elevada qualidade, centrados no doente e que podem também aumentar a satisfação dos profissionais de saúde (Ratner & Pignone, 2019).

### **1.3. Gestão dos cuidados**

De acordo com o Artigo 7º, as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista “gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e a contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados” (OE, 2019, p. 4745).

O papel do enfermeiro gestor no âmbito dos CP é crucial para um cuidado holístico à pessoa e à família, assumindo-se como um fator determinante para a qualidade dos cuidados. Nesta gestão, é imperativo que o gestor desempenhe funções de coordenação, análise, controlo e formação. Uma gestão eficiente e eficaz requer uma visão focada nas pessoas, nas relações interpessoais e no trabalho em equipa. Nesta óptica, a gestão distingue-se da figura do enfermeiro gestor, também existente em Portugal. Na verdade, é fundamental que todos os enfermeiros, quer os de cuidados gerais, quer os especialistas, tenham esta competência essencial de gerir e organizar os cuidados e os recursos.

A participação nas atividades de gestão fez-nos perceber a importância de priorizar o bem-estar da pessoa em situação paliativa e da sua família, demonstrar sensibilidade e empatia em relação aos outros, e manter uma postura dinâmica e proativa. O papel do enfermeiro gestor é crucial, tanto na supervisão dos cuidados de Enfermagem quanto na promoção de processos que visam melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

#### **1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

De acordo com o Artigo 8º, as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, o “enfermeiro especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4745).

Nos últimos anos, a Enfermagem registou uma evolução no plano de formação base, assim como da complexificação e dignificação do exercício profissional, o que confere ao enfermeiro, no âmbito da comunidade científica um significativo valor, bem como cuidados de saúde prestados com mais eficácia e qualidade (OE, 2015; Subtil, 2017).

Um dos motivos para ingressar nesta formação avançada com especialização, tem efetivamente a ver com a necessidade de aprender e apreender mais sobre esta área de cuidados, continuar o processo de aprendizagem e aprofundar conhecimentos, possibilitando uma prática baseada em padrões de conhecimentos sólidos e validos. A formação dos profissionais, além de possibilitar um crescimento nesse mesmo profissional, possibilita o progresso nos serviços e nas organizações/instituições, garantindo qualidade e excelência dos cuidados. Estamos conscientes de que a qualidade dos cuidados é influenciada por profissionais mais habilitados.

Desenvolver competências na área da formação no âmbito dos cuidados paliativos e perceber a importância da formação no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades dos cuidadores/familiares da pessoa em situação paliativa, foram os objetivos delineados para dar resposta a esta competência comum do enfermeiro especialista.

A atualização contínua/desenvolvimento profissional contínuo, é essencial para a aprendizagem ao longo da vida dos enfermeiros, constituindo um aspeto vital para manter conhecimentos e habilidades atualizados. Cabe às instituições de saúde promoverem e desenvolverem programas que visem o desenvolvimento profissional contínuo, no sentido de manterem os enfermeiros apoiados e motivados e, conseqüentemente, melhorar os cuidados prestados (Mlambo et al., 2021)

## **2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa**

Segundo a OE, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem” (OE, 2019, p. 4744).

O estágio de natureza profissional I e II constituíram oportunidades de aprendizagem que permitiram o desenvolvimento de competências especializadas à pessoa a vivenciar processos complexos de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal. Os cuidados de Enfermagem especializados prestados tiveram como intuito cuidar de doentes e familiares de uma forma holística, como um ser bio-psico-social-cultural-espiritual (Santos, 2023).

Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, são de extrema importância e exigem do enfermeiro especialista nesta área a capacidade de observação, recolha e análise contínua e sistemática de dados, com o objetivo de compreender continuamente a situação do doente, da família/cuidador alvo dos cuidados, antecipar e detetar precocemente complicações,

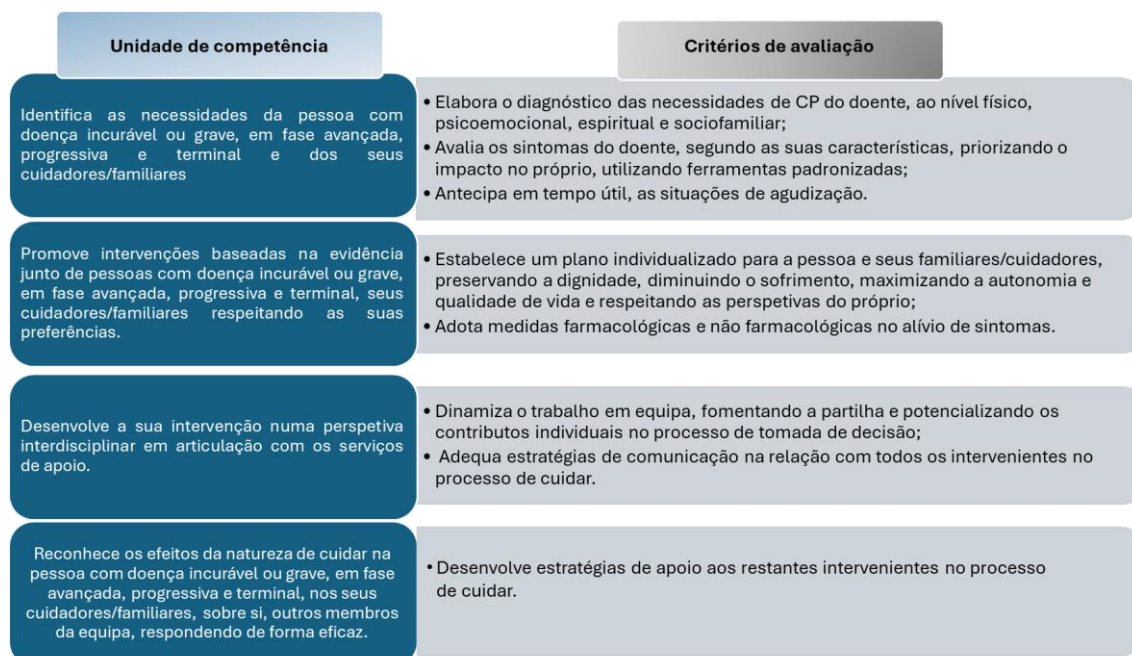
satisfazer necessidades, e garantir uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Freitas, 2021).

No âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação paliativa, estas estão definidas no Regulamento n.º 429/2018 em:

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

2) “Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (OE, 2018, p.19365).

As competências específicas do enfermeiro especialista, desenvolvem-se em unidades de competência e estas traduzem-se pela realização de critérios de avaliação específicos, como podemos observar na Figura 1.



**Figura 1.** Unidades de competência e critérios de avaliação.

(Fonte: Regulamento nº429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista).

O enfermeiro especialista deverá assim, dispor e/ou desenvolver competências humanas, técnicas e científicas que lhe possibilitem prestar cuidados especializados na sua área de especialidade, bem como prestar cuidados gerais de Enfermagem (Decreto-lei n.º161/96, 1996).

De acordo com a OMS (2023), os CP têm como objetivo afirmar a vida e reconhecer a morte como um processo natural. Desta forma os sistemas de saúde têm a responsabilidade de integrá-los no sistema de cuidados para pessoas com doenças crónicas e ameaçadoras de vida (OMS, 2023), uma das razões importantes para o desenvolvimento de competências específicas nesta área de cuidados. Assim sendo, existem quatro pilares fundamentais em CP: o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa (Barbosa et al., 2016; Saunders, 2000), no qual todos são importantes de igual forma e não podem ser subestimados. Estes pilares, assentam num conjunto de valores filosóficos como a autonomia, a dignidade, a qualidade de vida, a comunicação, o relacionamento entre pessoa-profissional e ainda a posição face à morte (Capelas et al., 2017).

Os quatro pilares dos CP, devem orientar a prática de cuidados do enfermeiro especialista (Saunders, 2000). Receber formação adequada nestas quatro áreas é crucial para que exista uma correta gestão de cuidados perante situações complexas e, conseqüentemente, uma intervenção adequada e rigorosa (Neto, 2016a). Assim, é importante adquirir competências clínicas, de comunicação, éticas e na gestão de casos, fundamentadas em valores e atitudes, como o respeito pela autonomia, a compaixão e o compromisso para com o doente e a família (Neto, 2016a).

Cicely Saunders, nos anos 60, foi uma figura central no desenvolvimento dos CP, dedicando o seu trabalho a melhorar a qualidade de vida de doentes em fase terminal. Introduziu abordagens inovadoras relacionadas com o controlo da dor, destacando a importância do apoio emocional e espiritual para doentes com necessidade de CP, que se tornaram pilares fundamentais dos CP.

Saunders (2020) defendeu alguns princípios básicos na área dos CP, o controlo de sintomas como sendo a base desta área, mas não apenas o controlo de sintomas físicos, mas todos os sintomas e necessidades do doente e da família, parte integrante dos cuidados, já defendia a autora.

Da análise de alguns documentos sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em CP (Codorniu et al., 2013; Ryan et al., 2014; Saunders, 2000), percebemos que os quatro pilares dos CP coincidem com as áreas de atenção das competências especializadas, tal como

previsto no Regulamento nº429/2018 (OE, 2018). Destacamos, porém, a necessidade da formação especializada para o desenvolvimento destas competências específicas. A Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL), destaca a necessidade de serem definidas competências específicas para enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos, salientando a necessidade da formação avançada para o desenvolvimento das mesmas e definiu uma série de competências específicas do enfermeiro especialista em CP (Codorniu et al., 2013), que se assemelham às definidas pela OE (OE, 2018).

Os cuidados paliativos podem ser compreendidos como intervenções que visam prevenir e aliviar o sofrimento de pessoas com doença grave, incurável e/ou terminal (OMS, 2020). O controlo dos sintomas, o apoio à família e o trabalho em equipe são três dos principais pilares da sua abordagem e intervenção (Saunders, 2000). A prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação paliativa é complexa e vasta e engloba uma avaliação diagnóstica, a monitorização constante, assim como a tomada de decisão, reflexão e investigação.

Falar em controlo de sintomas não é limitar ao controlo da dor e de outros sintomas físicos; é também essencial abordar as necessidades psicológicas, emocionais, espirituais e sociais do doente. Negligenciar o controlo de sintomas, pode resultar em sofrimento para o doente, afetando significativamente o seu bem-estar e qualidade de vida (Neto, 2016a). A avaliação dos sintomas, a sua causa, o controlo do mesmo e a atenção aos pormenores, são fatores essenciais para que se consiga de uma forma eficaz e correta proporcionar o controlo sintomático (Neto, 2016a).

Segundo Neto (2016a), existem alguns princípios básicos inerentes ao controlo de sintomas em CP, nomeadamente a capacidade de:

- Avaliar e monitorizar corretamente os sintomas;
- Utilizar uma estratégia terapêutica mista (medidas farmacológicas e não farmacológicas)
- Adequar a via de administração;
- Antecipar as medidas terapêuticas- fomentar uma atitude preventiva;
- Estabelecer planos com a pessoa e com a família;
- Explicar a situação;
- Reavaliar periodicamente;

- Dar atenção aos detalhes;
- Demonstrar disponibilidade.

Percebemos, assim, que a gestão de sintomas nem sempre é uma intervenção fácil e simples, uma vez que cada pessoa experiencia, reage e responde de forma única a um mesmo sintoma e uma mesma intervenção, não obstante a multiplicidade de sintomas complexos que podem coexistir. É importante salientar que os sintomas são multidimensionais, multifatoriais e estão em evolução constante, exigindo, portanto, uma avaliação rigorosa e contínua. Desta forma, para garantir um controlo sintomático eficaz, é essencial avaliar, reavaliar e reavaliar novamente (Neto, 2016a), utilizando instrumentos adequados e validados para a população em uso, além de realizar um exame físico minucioso. Além do que já foi mencionado, é necessário perceber as causas, bem como os mecanismos fisiopatológicos, fatores desencadeantes e inibidores e ainda o impacto na condição da pessoa. A equipa multidisciplinar, em especial o enfermeiro, deve estabelecer uma verdadeira relação de ajuda, envolvendo o doente e a família no plano de cuidados, desenvolvendo estratégias apropriadas e definindo metas realistas (Neto, 2016a).

O apoio à família é outro dos pilares em CP que temos de considerar (Saunders, 2000). A família desempenha um papel essencial nos cuidados e o seu apoio não deve ser negligenciado nem subestimado. A comunicação com a família, o envolvimento nos cuidados à pessoa, o planeamento para o regresso a casa, a explicação dos tratamentos e o apoio no processo de luto, são aspetos fundamentais no relacionamento com os familiares (Carqueja, 2018). Na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012), a família deve ser tida em conta, e deve receber o devido apoio tendo em conta a situação e as suas necessidades; devendo ainda obter as informações (caso seja vontade do doente) sobre o estado de saúde do seu familiar.

A família é a principal afiliação social do indivíduo e a unidade pela qual a sociedade se reproduz e assegura a sua continuidade, pelo que deverá ser definida não apenas com base na conexão legal ou biológica, mas também como resultado da natureza da relação entre os seus membros (Redmond & Martin, 2023). Note-se que em CP entende-se por família como o conjunto de pessoas próximas do doente que desempenham um papel fundamental no seu apoio físico, emocional, social e espiritual. Esta família pode incluir cônjuges, parceiros, filhos, pais, irmãos, outros familiares, amigos íntimos ou qualquer pessoa identificada pelo doente como parte importante da sua rede de apoio. Os profissionais de saúde consideram a família como uma unidade de cuidados nos CP, procurando envolver e apoiar não apenas o doente, mas também a família, reconhecendo o impacto significativo que a doença terminal pode ter em todas as

áreas da sua vida (Gonçalves, M., 2018; Kristjanson & Aoun, 2004; Pinto et al., 2023; Pinto et al., 2024).

Com a evolução da doença e encaminhamento de doentes para CP podem surgir nas famílias alguns conflitos, dificuldades económicas, conspiração de silêncio e a própria da necessidade de readaptação de novos papéis e hábitos de vida (Farinhas et al., 2013). Cabe aos profissionais de saúde que trabalham em CP, logo desde o primeiro contacto, dotar as famílias de diferentes capacidades para cuidar, bem como trabalhar e potenciar os fatores que podem ser dificultadores (Reigada, 2010). Muitas vezes, ou na maioria das vezes, a única coisa que as famílias precisam é que os seus cuidados sejam validados, que aquilo que estão a fazer é o melhor, o mais correto.

O trabalho em equipa é também um outro pilar em CP e as orientações relativas à organização dos serviços em CP sublinham a relevância do contributo de cada grupo profissional para a maximização da qualidade dos cuidados oferecidos (Neto, 2016a).

A complexidade intrínseca aos CP, requer um trabalho coordenado de uma equipa multiprofissional, possibilitando assim a realização de um trabalho de qualidade e complementaridade (Carvalho & Botelho, 2011). Para prestar CP de qualidade, é necessária uma equipa interdisciplinar bem coordenada, bem treinada, com competências em comunicação, avaliação e tratamento de sintomas físicos e psicológicos, assim como no controlo dos efeitos secundários da doença ou do tratamento (Capelas & Coelho, 2014). É fundamental a equipa discuta e assuma os objetivos terapêuticos, a fim de responder às necessidades. Razão pela qual se fala de trabalho em equipa nesta área (Neto, 2016a).

Este pilar assume um ponto essencial para a temática do autocuidado, na medida em que o trabalho em equipa traz benefícios para todos os envolvidos no processo de cuidar, seja doente, família e equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Os profissionais, fundem os seus conhecimentos e experiências, tendo em atenção os benefícios e o prejuízo das decisões para a pessoa doente e seus familiares, promovendo assim cuidados com melhor qualidade

Considerando as competências anteriormente apresentadas, facilmente se depreende que a comunicação e relação terapêutica constituem competências fundamentais e basilares.

De uma forma global, os cuidados de Enfermagem, assim como outras profissões da área da saúde, desenvolvem-se na interação com o doente e os seus familiares, sendo a comunicação um elo fundamental para estabelecer uma relação terapêutica.

Uma relação terapêutica é estabelecida com base em alguns fatores como a confiança mútua, recetividade, apoio e compreensão, não devendo existir julgamento nem juízos de valor (Sequeira, 2016). A capacidade de compreender o outro e os seus sentimentos é ter a capacidade de estabelecer uma relação e comunicação empática com o outro. A empatia é tida também como necessária para a arte de cuidar e um profissional que entende as necessidades do doente e o procura conhecer, consegue estabelecer boas relações e vai ajudar a atingir os seus objetivos (Coetzee & Klopper, 2010). Por outras palavras, é o ingrediente principal para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz (Sinclair et al., 2017).

A comunicação é o elemento essencial para esta relação terapêutica entre o profissional de saúde, doente e familiar/cuidador, sendo uma ferramenta significativa que intervém nas relações humanas, promovendo a sustentabilidade e a consolidação da autonomia. Estimula o doente a expressar os seus medos, preocupações e dúvidas, permitindo-lhe sentir-se cuidado, apoiado, confortado e compreendido (Pacheco et al., 2020). A comunicação vai muito mais além das palavras, engloba uma dimensão verbal e não-verbal. A dimensão verbal, é feita pela utilização de palavras que é essencial para a comunicação verbal e possibilita a expressão de sentimentos, pensamentos e ainda validar informações. A comunicação não-verbal, inclui a mímica facial e a expressão corporal, bem como o tom de voz e o toque (Querido et al., 2016).

Comunicar eficazmente em CP é um desafio, na medida em que implica a utilização e o desenvolvimento de perícias essenciais no processo de interação entre o profissional, doente e família, além do desenvolvimento e manutenção de atitudes e práticas fundamentais para o estabelecimento de uma relação de ajuda eficaz, “assegurando ao doente que está a ser escutado e respeitado nos seus sentimentos, nas suas queixas, nas suas preocupações e nos seus medos” (Pinto, 2014, p.63). Uma relação de ajuda, segundo Carl Rogers, envolve os conceitos de empatia, autenticidade e aceitação incondicional do outro (Pinto, 2014). Estabelecermos uma relação de ajuda, implica sermos capazes de fazer com que o doente sinta que o estamos a ouvir e a perceber os seus sentimentos, ou seja, é importante que o profissional de saúde saiba escutar e observar, e ainda que consiga transmitir de forma clara o que compreendeu relativamente ao que o doente expressou (Burton & Watson, 1998 como citado em Pinto, 2014).

Concluindo os dois sub-capítulos acima, que dizem respeito às competências específicas do enfermeiro especialista, para a aquisição e desenvolvimento destas competências foram desenvolvidas algumas atividades, durante o estágio de natureza profissional. Em ambos os

contextos foram acompanhados vários doentes, com várias patologias. Na UCP, a maioria dos doentes sofria de doença oncológica, mas na EIHS CP a prevalência de diagnósticos relacionados com insuficiência de órgão e, também, do foro neurológico foi notória.

## **CAPÍTULO 2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO**

O estágio de natureza profissional decorreu em dois períodos.

No primeiro período, a primeira parte do estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (UCP – RNCCI) da região Norte do país, de 24 de abril a 23 de maio de 2023. Numa segunda parte, realizada entre 24 de maio e 23 de julho de 2023, estagiamos numa Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um Centro Hospitalar, ambos com uma carga horária de 85h.

O segundo período decorreu numa UCP de um Centro Hospitalar, no período de 19 de setembro a 20 de novembro de 2023, e entre 21 de novembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024 na EIHS CP.

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº52/2012), atribui ao estado a responsabilidade de garantir a atualização permanente dos profissionais e equipas, designando a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) como responsável pela definição de orientações estratégicas e técnicas no âmbito da formação contínua e específica dos vários grupos profissionais envolvidos na prestação de CP. Esta lei realça a importância das equipas multidisciplinares com formação avançada e experiência reconhecida em CP, evidenciando a necessidade de incluir estágios profissionais em níveis avançados de formação. Realça, igualmente, a necessidade de reconhecimento e certificação das formações especializadas pelas diferentes ordens profissionais (Lei nº52/2012). De acordo com o Aviso nº4511/2021, da Ordem dos Enfermeiros, é assim necessário realizar estágios em dois contextos diferentes, para que sejam adquiridas competências em CP (OE, 2021). De notar que, apesar de estar preconizado a repetição do estágio profissional, nos dois períodos, nos mesmos contextos de cuidados, por razões alheias à nossa vontade, não foi possível que o segundo período fosse realizado na UCP – RNCCI, tendo sido adaptado o contexto de internamento para uma UCP integrada num hospital da zona Norte do país. Assim, nas secções seguintes, apresentar-se-á uma descrição dos três contextos de cuidados.

O movimento moderno de CP teve a sua origem com Cicely Saunders, nos anos 60 do século XX (Saunders, 2000). Ao longo do tempo, foi evoluindo e as definições do conceito sucessivamente atualizadas. Assim, em 2002, a OMS, define-os como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares, que enfrentam problemas decorrentes de

uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento e com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.” (Sepúlveda et al, 2002, p.94).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2004), os CP são uma obrigação social e representam uma necessidade para a saúde pública. Por isso, no Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2010, a área dos CP é tida como prioritária e assume um papel essencial nos cuidados de saúde. No PNS de 2021-2023, é reforçada a importância e a necessidade do acesso aos CP, sendo que nos anos de 2019 e 2020, estes cuidados diminuíram a sua capacidade de resposta, elencando como estratégia a recuperação e/ou melhoria do acesso aos CP (DGS, 2021). No Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), o exercício dos CP deve respeitar o direito da pessoa em receber cuidados; o apoio individualizado; a sua liberdade, identidade e dignidade; o alívio do sofrimento; a correta e atempada informação e o direito de recusar tratamentos (DGS, 2004).

Os CP têm como princípios afirmar a vida e valorizar a pessoa, reconhecendo a morte como um processo natural que não deve ser antecipado ou prolongado através de intervenções médicas desproporcionadas. Promover ou manter a qualidade de vida e a dignidade do doente e família ao longo de todo o processo de doença, é o objetivo primordial desta área de cuidados. Para tal, é providenciada assistência individualizada, humanizada e tecnicamente rigorosa por uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar dotada de competências especializadas no controlo e tratamento de sintomas potencialmente angustiantes. Esta equipa, deverá, portanto, deter e demonstrar uma elevada sensibilidade e capacidade de identificar as necessidades específicas e individuais de cada doente, respeitando os seus valores e crenças, sendo ainda capaz de garantir a continuidade dos cuidados ao longo de toda a trajetória da doença (Lei nº52/2012, 2012).

Neste contexto, importa aqui realçar os contributos da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986), que em 1986 publicou, pela primeira vez, os princípios que devem nortear a atuação das equipas de CP (posteriormente revistos em 2002) e também presentes na Lei de Bases dos CP:

- a) Receber cuidados paliativos adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa, incluindo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas;
- b) Escolher o local de prestação de cuidados paliativos e os profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde;
- c) Fazer-se acompanhar, nos termos da lei;
- d) Ser informado sobre o seu estado clínico, se for essa a sua vontade;

- e) Participar nas decisões sobre cuidados paliativos que lhe são prestados, nomeadamente para efeitos de determinação de condições, limites ou interrupção dos tratamentos;
- f) Ver garantidas a sua privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais;
- g) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento (Lei nº52/2012, 2012).

Em Portugal, obteve-se um marco assinalável em 2012, com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos – Lei nº 52/2012 de 5 de setembro. Desta lei, nasceu a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) com o intuito de prestar cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva (Lei nº52/2012, 2012). A RNCP é coordenada a nível nacional, pela CNCP, a regulamentar pelo Ministério da Saúde. A RNCP prevê que haja vários tipos de respostas de CP conforme a complexidade do utente, e para isso, a nível local existem: UCP; EIHS CP e, por fim, Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Para ingressar em qualquer uma destas modalidades de cuidados, são tidos em conta os critérios de complexidade, gravidade e prioridade clínica de cada utente (Lei nº52/2012, 2012). A Lei de Bases, prevê diferentes níveis de diferenciação que vão desde as ações paliativas aos cuidados especializados. Estes últimos organizados em ECSCP, Equipa Intra-Hospitalar e UCP, como já mencionado anteriormente.

Para Capelas et al. (2016), a necessidade de existirem diferentes tipologias de serviços de CP é importante. Contudo é sobretudo essencial, que se disponibilizem e articulem ações paliativas, cuidados paliativos generalistas (prestados por profissionais que cuidam de pessoas com doenças crónicas e avançadas, mas onde o foco da sua intervenção não são os CP) e especializados (executados por equipas especializadas e diferenciadas na área dos CP). Assim, os CP “são um direito humano e, só por si, originam impacto real na qualidade de vida dos doentes e da sua família; impacto positivo na equipa e nos outros profissionais de saúde das instituições e na forma como abordam as doenças crónicas; na prestação de cuidados compreensivos e na redução das mortes no hospital” (Capelas et al., 2016, p.16).

Na Lei nº31/2018, está previsto que doentes com progressão da doença, numa situação de fim de vida, têm o direito de não serem sujeitos a tratamentos disruptivos e desproporcionados, a fim de evitar o sofrimento prolongado. Assim, esta lei foi criada para definir claramente os direitos das pessoas com doença avançada e em situação de final de vida. É importante salientar, o direito do doente em ser informado sobre o seu diagnóstico, prognóstico estimado, bem como

sobre os diferentes cenários clínicos e tratamentos disponíveis de acordo com a sua situação. Nestes casos, a pessoa é parte integrante do seu plano de cuidados e tem o direito de participar ativamente no mesmo, tomando decisões, seja para consentir com a equipa multidisciplinar, seja para recusar o que lhe é proposto (Lei nº31/2018).

Em Portugal, os CP percorreram um caminho importante com o desenvolvimento dos Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) - PEDCP 2017-2018, PEDCP 2019-2020, PEDCP 2021-2022 e PEDCP 2023-2024 que prevêem a distribuição de recursos no território nacional e que pressupõem que os CP sejam baseados nas necessidades da pessoa e da família, visando a sua adaptação à doença, capacitação para os cuidados e preservação da autonomia. O PEDCP, perspectiva a inclusão dos princípios e filosofia dos CP em todos os serviços clínicos que fazem parte do Sistema Nacional de Saúde (SNS), promovendo que as equipas adquiram as competências básicas necessárias para uma abordagem paliativa de excelência, com apoio das equipas especializadas (CNCP, 2021). Deste modo, em Portugal, pretende-se dar seguimento ao trabalho que tem vindo a ser realizado nesta área, tendo por finalidade garantir e melhorar que os objetivos estabelecidos sejam cumpridos, além de continuar a demonstrar a importância dos CP, bem como do número de doentes com necessidades paliativas e que tem vindo a crescer.

## **1. Descrição do contexto de estágio I: Unidade de Cuidados Paliativos**

Conforme anteriormente descrito, o primeiro momento de estágio decorreu numa UCP da RNCCI.

Embora exista em Portugal uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos (criada em 2012 com a Lei de Bases dos CP), que funciona sob a tutela do Ministério da Saúde e integra o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os Cuidados de Saúde Primários (CSP), os Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) e os Cuidados Continuados Integrados (CCI) (Silva, et al., 2022), importa aqui acrescentar que, anteriormente à sua criação os CP estavam integrados na RNCCI (CNCP, 2021).

Segundo o PEDCP para o biénio 2021/2022, existiam em Portugal, no final de 2020, 31 unidades de internamento de CP, sendo 17 a nível hospitalar com 243 camas e 14 UCP da RNCCI, com 166 camas.

A UCP onde foi realizado este primeiro momento de estágio, tem mais de dez anos, e foi criada como resposta à alteração do paradigma das necessidades em saúde, decorrente do envelhecimento da população e do aumento de doenças crónicas. É uma unidade de saúde que faz parte da RNCCI e recebe, essencialmente, pessoas da região Norte de Portugal. É uma unidade composta por três tipos de internamento: Unidade de Cuidados Paliativos; Unidade de Convalescença e Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Existem diversos critérios para a referenciação para a UCP – RNCCI e incluem situações que impliquem a prestação de CP com um grau de complexidade baixo a moderado, tendo um período de internamento previsível de 30 dias (Quadro 1).

**Quadro 1:** Critérios específicos de referenciação para a UCP- RNCCI.

<p><b>Presença de doença incurável, avançada e progressiva</b> <i>(tratando-se de doença oncológica, não estar a fazer quimioterapia, imunoterapia ou outro tratamento antitumoral sistémico)</i></p>
<p><b>Necessidade de cuidados ativos</b> <i>(necessidade de controlo de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais)</i></p>
<p><b>Necessidade de cuidados de Enfermagem permanentes</b></p>
<p><b>Necessidade de cuidados médicos diários</b> <i>(mas não permanentes)</i></p>
<p><b>Não ter necessidade de consultas regulares de outras especialidades</b> <i>(durante o internamento na UCP-RNCCI)</i></p>
<p><b>Exaustão do cuidador informal principal</b> <i>(doentes devem ser referenciados a partir do domicílio, por uma equipa específica de CP - ECSCP ou EIHS CP- com plano de intervenção centrado no cuidado)</i></p>

Fonte: Circular Normativa: N. 8/2017/CNCP/ACSS  
(Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2017)

O processo de referenciação para esta tipologia de cuidados é realizado por EIHS CP ou por ECSCP (ACSS, 2017).

Nesta unidade, e na sua grande maioria, a média de idades dos doentes internados rondou os 70 anos, sendo a patologia oncológica a que teve um predomínio maior em comparação com a insuficiência de órgãos. A grande maioria dos doentes foram referenciados para controlo de sintomas e gestão terapêutica, existindo também casos de cuidados em fim de vida, situações sociais e também para descanso do cuidador, sendo grande parte provenientes do meio hospitalar.

Esta unidade tem também um serviço de apoio domiciliário, privado, para prestar cuidados no conforto do meio familiar e social. É um serviço prestado por uma equipa multidisciplinar, incluindo profissionais das classes médica, de Enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, terapia da fala e terapia ocupacional. Dois médicos têm a competência em CP e um enfermeiro tem a competência acrescida em CP.

Considerando que apenas estivemos nesta unidade 70 horas, e que não nos foi possível continuar o estágio nesta unidade, não foi exequível recolher mais dados para a caracterização do contexto.

## **2. Descrição do contexto de estágio II: Unidade de Cuidados Paliativos**

A segunda UCP onde decorreu o estágio profissional está inserida na RNCP e pelo seu nível de diferenciação dos cuidados, é caracterizada como uma UCP especializada, de alta diferenciação. Esta unidade foi criada com o objetivo de cuidar de pessoas com doenças graves e ameaçadoras da vida, oncológicas e não oncológicas, estejam ou não a receber tratamento ativo dirigido à doença.

Esta unidade, tem como missão:

- prestar cuidados paliativos rigorosos e humanizados aos doentes com sofrimento intenso resultante de doenças incuráveis, avançadas e progressivas (oncológicas ou não) e acompanhar os seus cuidadores no processo de adaptação à doença até ao luto;
- colaborar com outros profissionais de saúde que atendem doentes com sofrimento intenso resultante de doenças graves e ameaçadoras da vida em regime de partilha de cuidados ou consultadoria;
- formar profissionais de saúde e alunos de cursos da área da saúde em matéria de Cuidados Paliativos;
- divulgar a filosofia e princípios dos Cuidados Paliativos à população em geral;
- demonstrar cientificamente os benefícios dos Cuidados Paliativos;
- participar na organização e implementação dos Cuidados Paliativos em Portugal.

Sendo também um local de estágio de diversos profissionais, a equipa contribui para a formação dos estudantes pré e pós-graduados e de profissionais que exercem funções na área dos cuidados paliativos.

Esta UCP encontra-se numa unidade hospitalar, apresenta um espaço físico independente, possui recursos próprios, com profissionais a ela alocados a tempo inteiro, cumprindo o que está delineado pelo PEDCP 2021-2022. Atualmente tem uma lotação atual de dez camas, distribuídas por cinco enfermarias, existindo duas enfermarias com uma cama, onde se privilegiam doentes com necessidade de algum tipo de isolamento e situações de fim de vida, possibilitando uma maior privacidade. Está, assim, capacitada para uma lotação máxima de dez doentes.

A admissão dos doentes a esta UCP, pode ser feita através do serviço de urgência, após uma avaliação médica do serviço de CP, que determina se o doente tem ou não critérios de ingresso na unidade e, também, através de transferências de outros serviços onde os doentes estejam a ser acompanhados previamente pela EIHSCP ou em regime de consulta externa. Ainda no que diz respeito à admissão de doentes na UCP, esta obedece a alguns critérios de complexidade, nomeadamente:

- doentes com sintomas/problemas físicos, psicológicos, sociais e/ou espirituais com intensidade “forte” ou “insuportável” (numa escala numérica até 10, com uma intensidade superior ou igual a 6);
- doentes com descompensação clínica aguda;
- doentes internados em serviços de Medicina Intensiva e/ou Unidades de Transplante e que foi tomada a decisão de suspender medidas com intuito curativo ou de suporte;
- doentes com necessidade de acompanhamento diferenciado em CP.

Quanto aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar, é constituída por 9 médicos com competência em medicina paliativa; 24 enfermeiros (na sua maioria com formação avançada em CP), 10 assistentes operacionais, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 assistente técnica e 1 assistente espiritual. A equipa médica e de Enfermagem é, porém, distribuída pelas três valências de cuidados que este serviço incorpora – UCP, EIHSCP e consulta externa, não estando especificamente restrita à UCP. Existem reuniões formais para a discussão dos casos clínicos dos doentes acompanhados, entre a equipa multidisciplinar, e acontecem três vezes por semana.

No que diz respeito à metodologia de trabalho da equipa de Enfermagem, na UCP, os enfermeiros utilizam o método individual de trabalho que assenta nos princípios do “enfermeiro responsável” ou “enfermeiro de referência”, embora exista uma preocupação da equipa na continuidade e seguimento do doente no internamento. O método de enfermeiro de referência, promove a interação entre o enfermeiro, a equipa, o doente e a família, facilitando uma maior articulação e confiança entre todos os intervenientes. Esta abordagem permite a tomada de decisões conjuntas através de uma comunicação autêntica, adaptada e realista, além de facilitar o esclarecimento de dúvidas, receios e medos, reduzindo a ansiedade e a angústia do doente (Rego & Coelho, 2017).

Neste contexto de estágio, os diagnósticos médicos mais frequentes foram as doenças oncológicas, nomeadamente adenocarcinoma do pulmão, cancro da mama, colangiocarcinoma, carcinomas da cabeça/pescoço, a grande maioria em estadio avançado da doença e com metastização associada. Acompanhamos, também, pessoas com insuficiência de órgãos, como insuficiência cardíaca e patologia do pulmão, doença pulmonar crónica, bem como doenças degenerativas (exemplo demências e esclerose lateral amiotrófica). Os motivos de referenciação para o internamento eram, na sua maioria, necessidade de controlo de sintomas, cuidados de conforto e organização de cuidados, ou seja, doentes cujas famílias não conseguiam dar algum tipo de resposta às suas necessidades, precisando de serem capacitadas para lidar com algumas situações decorrentes da evolução da doença ou, até mesmo, processos de referenciação para outras unidades de cuidados, nomeadamente UCP-RNCCI.

No que se refere aos diagnósticos de Enfermagem, a maioria dos doentes apresenta compromisso no Autocuidado (Higiene, Alimentação, Posicionamento, Uso do Sanitário, Transferência), a Ansiedade e Dor, sendo este último um dos diagnósticos mais identificados. As intervenções elencadas são as padronizadas no sistema informático da instituição, nomeadamente a avaliação da dor usando escalas pré-definidas (Escala numérica da dor, Escala de faces de *Wong-Baker*, Escala Visual Analógica, Escala Qualitativa). Apesar disso, foi interessante observar que nesta instituição existem já outras intervenções parametrizadas no sistema informático e realizadas pela equipa de enfermagem, nomeadamente “executar massagem”, “executar técnica de relaxamento”, “executar técnica de respiração diafragmática”. O sistema informático, permite também a identificação de diagnósticos mais específicos, como por exemplo o conforto, mas após a sua identificação, este não gera um diagnóstico mais específico. Assim sendo, quando eram detetadas necessidades na área do conforto, ou luto,

tínhamos por hábito associar uma nota de Enfermagem onde explanávamos as necessidades e o que tinha sido feito com o doente e família, de forma a ficar documentado essa intervenção.

No que se refere às funções dos enfermeiros na equipa, destacamos as seguintes, por serem as que mais se distinguem da nossa habitual prática profissional:

- *Acolhimento do doente e da família:* apresentação do serviço e do seu funcionamento. Regra geral, este acolhimento é feito por um enfermeiro, e na grande maioria das vezes, por aquele que será o enfermeiro de referência que ficara responsável pelo doente.

- *Avaliação inicial:* Nesta avaliação inicial é realizada uma entrevista/avaliação inicial, com o objetivo de conhecer o doente e a família, bem como o seu contexto. Aqui são percebidas algumas necessidades imediatas e é possível desmistificar alguns medos, nomeadamente crenças associadas aos CP. De referir que os doentes são avaliados previamente pelo médico, e no caso de serem acompanhados pela EIHS CP, têm a avaliação da equipa, que habitualmente vem apresentar o doente ao internamento, o que possibilita que seja definido um plano individualizado para o doente. Porém, e apesar do método individual de trabalho, as decisões são discutidas e tomadas em equipa.

- *Preparação e administração de terapêutica:* neste contexto de estágio foi-nos possível lidar com terapêuticas com as quais nunca tínhamos contactado (como é o caso da Cetamina) e que requisitaram alguma pesquisa por parte de todos, incluindo da equipa para melhor conhecer os seus efeitos, via de administração mais correta ou forma de preparação da mesma. Aqui, foi possível adquirirmos mais confiança quanto à preparação de alguns medicamentos e ainda conhecimentos, que permitiram também levar novas ideias para o outro local de estágio, bem como para a nossa prática profissional pessoal.

No que se refere às competências, este contexto permitiu-nos – em particular - desenvolver a comunicação, através do estabelecimento de uma comunicação empática e eficaz com os doentes e familiares, e também com a equipa multidisciplinar. Trata-se de uma equipa com larga experiência na comunicação de más notícias (como, por exemplo, perante o agravamento do estado de um doente) e realização de conferências familiares. Apesar da comunicação, pelas nossas características pessoais, ter sido sempre sentida como uma dificuldade, notamos evolução ao longo dos contextos de estágio profissional e ainda da atividade diária enquanto profissional.

Além da atividade clínica, esta unidade desenvolve projetos de estudo e de investigação, realizando mensalmente formação em serviço sobre um determinado tema. Atualmente, não existe nenhum projeto de melhoria contínua a ser desenvolvido.

### **3. Descrição do contexto de estágio III: Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em**

#### **Cuidados Paliativos**

O segundo momento de estágio decorreu numa EIHSCP de um hospital da região norte do país, criada em 2017. A área de influência deste hospital corresponde a uma área territorial de cerca de 410,2 Km<sup>2</sup> e uma população residente estimada em 239.853 pessoas (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022), sendo que 12,2% da população tem menos de 15 anos, e 21,1% tem idade igual ou superior a 65 anos.

Esta equipa tem por objetivos:

- Realizar aconselhamento e apoio diferenciado em CP especializados aos profissionais do hospital e profissionais de outras instituições, assim como, à pessoa em situação paliativa e sua família;
- Colaborar na execução do plano individual de cuidados à pessoa em situação paliativa internada em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação.

Assim, a sua missão centra-se em melhorar a qualidade de vida dos doentes e familiares/cuidadores, visando a prevenção e o alívio do sofrimento.

Ao nível hospitalar é prestada consultoria a todos os serviços, com exceção da pediatria e da neonatologia.

Esta equipa disponibiliza diferentes serviços à comunidade hospitalar, tal como previsto na legislação (Portaria n.º 340/2015, Portaria n.º 165/2016) como: consulta externa e acompanhamento de pessoas internadas (com pedido de colaboração); apoio psicológico a

profissionais, pessoa e família; apoio no luto; apoio espiritual; assessoria em CP a diferentes profissionais de saúde e de diferentes unidades de cuidados.

É uma equipa constituída por três médicos, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social e uma assistente técnica. Quer a equipa médica, quer a equipa de Enfermagem têm formação avançada em CP, com a competência acrescida e reconhecida pelas respetivas ordens. A psicóloga possui também formação pós-graduada em CP. A equipa reúne-se semanalmente, num espaço físico próprio, para avaliação e discussão dos casos clínicos, definição de procedimentos de ordem clínica e/ou organizacional, planeamento de formação, bem como outras atividades de acordo com as necessidades identificadas. De ressaltar que todos os elementos da equipa, com exceção da enfermeira, se encontram a trabalhar em tempo parcial na equipa, detendo de horas próprias de cuidados. As dotações da equipa não vão de encontro às recomendadas no PEDCP 2021-2022, contudo a equipa está a atravessar um processo de mudança, com a perspetiva e objetivo de aumentar a mesma.

O modelo de cuidados preconizado pela equipa baseia-se numa avaliação multidimensional das necessidades da pessoa em situação paliativa e da família, tendo em conta os seus valores e preferências, sendo claramente delineadas e identificadas prioridades e metas dos cuidados propostos. A par de uma abordagem estruturada, planeada e antecipada dos cuidados, norteadas pelos princípios da compaixão, humildade e honestidade, pela ética e os seus princípios.

Os principais motivos de referência para esta equipa são o controlo de sintomas, ajuda no processo de tomada de decisão, necessidade de cuidados em últimos dias/horas de vida, assim como planeamento da alta e a organização dos cuidados. A maioria dos doentes são pessoas com diagnóstico de insuficiência de órgãos, muito embora a equipa acompanhe também pessoas com outros diagnósticos.

Esta EIHS CP funciona de segunda-feira a sexta-feira, essencialmente no período da manhã. Existe também um contacto telefónico direto, fornecido numa primeira consulta, e através do qual doentes e familiares podem contactar a equipa, dentro do seu horário de funcionamento, este contacto permite, muitas vezes, resolver algumas questões, nomeadamente esclarecer dúvidas, validar cuidados prestados, atualizar prescrições, é também possível antecipar consultas devido a um possível agravamento clínico. A equipa demonstra-se muito acessível através deste contacto telefónico e, que se revela muito vantajoso, na medida em que muitas vezes se evita a deslocação do doente e familiares à instituição, além de que muitas vezes

também serve de ponte de contacto por outros profissionais para discutir alguns casos de doente, nomeadamente quando recorrem por exemplo, ao serviço de urgência.

Na sua prestação diária de cuidados, a equipa avalia as pessoas com necessidades paliativas e/ou em situação paliativa que estão referenciadas, ou seja, com pedido de colaboração. Esta referência para a equipa é feita pelo médico assistente de qualquer serviço da instituição. É efetuado um pedido através do aplicativo do hospital, onde é efetuada uma breve historia clínica do doente, com respetivo diagnóstico e prognóstico/estadiamento da doença e o motivo pelo qual é solicitada colaboração pela EIHSCP. Assim sendo, a equipa acompanha pessoas com patologias específicas, como doença oncológica progressiva, insuficiências de órgão (cardíaco, pulmonar, hepático, renal), demências, esclerose lateral amiotrófica e esclerose múltipla, e que compreendam um prognóstico de vida limitado, sofrimento intenso (físico, emocional, psicológico e/ou espiritual), agravamento e/ou deterioração do estado clínico da doença, e/ou índice de *Karnofsky* igual ou inferior a 50%. Depois da avaliação das necessidades identificadas, a equipa define em conjunto com a equipa assistencial o plano individual de cuidados a instituir, e de acordo com as necessidades que são identificadas é definida uma periodicidade de acompanhamento. Por norma, a equipa deixa também registado em notas gerais o plano que foi definido para o doente, nomeadamente alterações terapêuticas, vontades e desejos que tenham sido expressas pelo doente e familiares, existindo sempre o cuidado de transmitir também oralmente as informações à equipa assistencial responsável pelo doente.

Segundo o regulamento interno da EIHSCP, são funções do Enfermeiro:

- identificar as necessidades da pessoa com doença grave e/ou avançada e progressiva, bem assim dos seus cuidadores e família;
- promover intervenções junto da pessoa em situação paliativa e cuidadores/família, estabelecendo um plano individualizado de cuidados, em regime de internamento e ambulatório;
- envolver os cuidadores/família nos cuidados para assegurar a satisfação das necessidades, reunindo periodicamente para reavaliação;
- acompanhar a pessoa, a família e outros membros da rede pessoal de suporte, nas necessidades práticas e emocionais, nomeadamente nas perdas e no luto;

- fomentar, junto da equipa e familiares, o respeito pelo direito da pessoa em fazer as suas próprias escolhas, respeitando os limites de compreensão e tolerância emocional, favorecendo a autonomia;
- colaborar com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio, prestando consultadoria nos cuidados devidos à pessoa com doença grave e/ou avançada e progressiva, seus cuidadores/família;
- participar na reunião interdisciplinar para discussão dos casos, como em todas as atividades inerentes ao salutar funcionamento da equipa;
- assegurar a continuidade de cuidados, estendendo a sua atividade de consultadoria aos profissionais de saúde os Cuidados de Saúde Primários e instituições de suporte;
- promover a formação interna em cuidados paliativos.

Sendo esta uma EIHSCP, a atividade desenvolvida é, essencialmente, de consultoria, ainda que se procure uma grande interação com as equipas dos serviços nos quais o doente está internado. Assim sendo, numa primeira avaliação (em contexto de internamento), a equipa procura conhecer o doente através da equipa assistencial- enfermagem e médica- além da consulta do processo clínico e de enfermagem do doente. Esta avaliação é feita em conjunto pelo médico e enfermeiro. Quando em regime de consulta externa, de doentes referenciados de outras especialidades ou por outras instituições, a consulta do processo clínico é uma ferramenta, para pelo menos conhecermos o doente e a sua patologia. Posteriormente, no decorrer da consulta, é avaliado e percebidas algumas das suas necessidades. No contexto desta avaliação existem alguns instrumentos auxiliares de diagnóstico mais utilizados por esta equipa, nomeadamente a uma versão traduzida da *Palliative Performance Scale* (PPS), especificamente direcionada para monitorizar a performance/ desempenho funcional da pessoa em situação paliativa. Esta escala classifica a pessoa quanto à sua performance ou capacidade funcional, permitindo comparar a eficácia ou efeitos de diferentes terapias (Neto, 2016a). Atualmente já existe uma versão portuguesa da mesma – Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos (PPS PT) (Serenio et al., 2022), mas na equipa esta ainda não era usada.

No período de 1 de janeiro a 1 de novembro de 2023, a EIHSCP acompanhou 283 doentes em contexto de internamento, sendo que mais de metade dos pedidos de colaboração, tinham por objetivo o controlo de sintomas. Estes doentes acompanhados geraram cerca de 580 visitas aos doentes internados, com deslocação dos profissionais.

Em média, a equipa visita por dia 6 doentes e, normalmente, as visitas são feitas pela enfermeira e a médica da equipa, podendo existir algumas situações onde apenas vai um dos profissionais, em situações específicas, como a equipa se encontrar mais incompleta nesse dia ou em dias em que existem vários pedidos de colaboração e é importante conhecer-se os doentes e as necessidades mais prementes de serem satisfeitas. Os dias de consulta, correspondem também a dias em que, habitualmente, as visitas aos doentes são feitas pela equipa médica, uma vez que a enfermeira se encontra com outro médico a colaborar na consulta. Por norma, nos dias em que a equipa tem reunião, as visitas ao internamento são feitas com todas as especialidades envolvidas. O facto de apenas existir um enfermeiro na equipa é uma dificuldade, e não está de acordo com as dotações recomendadas. Ainda assim, podemos constatar que mesmo sendo uma dificuldade, a enfermeira da equipa proporciona a melhor resposta às necessidades diárias a que está exposta, demonstrando bastante resiliência, assim como os outros membros da equipa.

Por este motivo, durante o estágio já decorrido, foi possível observar que a equipa, em particular os enfermeiros, estão frequentemente expostos a situações de sofrimento e vulnerabilidade e nem sempre despertos para a importância do seu autocuidado, nomeadamente em contexto de trabalho.

Importa realçar que esta EIHS CP é extremamente dinâmica e experiente, e é composta por profissionais de excelência e que proporcionaram vários momentos de aprendizagem durante o estágio, quer a nível das competências desenvolvidas enquanto futura especialista, quer a nível de aprendizagem a nível pessoal e humano. Notamos ainda que esta equipa é, também, uma referência na sua instituição, na qual todos os profissionais e doentes confiam.

## **CAPÍTULO 3. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ESPECIALIZADAS**

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I, desenhou-se um projeto de desenvolvimento de competências, desenvolvido e concretizado no Módulo II, sob o tema “Autocuidado dos enfermeiros que exercem em Cuidados Paliativos”.

Assim, foi elaborado um projeto de melhoria contínua, com o objetivo sensibilizar os profissionais de Enfermagem para a importância do seu autocuidado de forma a prevenir o burnout e situações de fadiga por compaixão. Através do Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, foi abordada uma área específica do conhecimento do enfermeiro especialista. Na base deste processo, e porque são indissociáveis, estão subjacentes as competências comuns do enfermeiro especialista: a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria da qualidade da prática profissional, a gestão de cuidados e a procura do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A construção do conhecimento baseado na evidência e a procura contínua de conhecimentos que conduzam a mudanças na prática dos cuidados de Enfermagem, também fazem parte do desenvolvimento de competências do enfermeiro.

A importância do autocuidado dos profissionais e a necessidade de estratégias de apoio no processo de cuidar, motivaram a necessidade de aprofundar este tema, logo deste o estágio realizado no Módulo I. Nos contextos de estágio, pelo qual já tivemos oportunidade de passar, vimo-nos particularmente confrontados com situações de fim-de-vida que, inevitavelmente, evocam as nossas próprias experiências e memórias pessoais. Este dualismo entre ser pessoa/família que sofre e ser profissional (neste caso, estudante) que cuida dos que sofrem, constitui um desafio aos mais diversos níveis e, portanto, acreditamos que o tema pode ser profícuo na reflexão e desenvolvimento pessoal como, também, a nível académico e profissional.

Assim, o projeto com o título “Autocuidado do Enfermeiros em Cuidados Paliativos – Projeto de Desenvolvimento de Competências Específicas Especializadas na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa”, foi concebido para ser aplicado em ambos os contextos de estágio, UCP

e EIHSOP. Contudo, por questões associadas à gestão de tempo, não foi possível que o mesmo fosse operacionalizado em ambos, acabando por ser apenas aplicado no contexto da EIHSOP. O desenho do projeto, previamente aprovado pelo Conselho Técnico-Científico da Escola encontra-se presente no Apêndice A.

Na elaboração deste projeto de melhoria contínua foi usada o ciclo *Plan-Do-Check-Act* (PDCA), descrito no Guião para a Organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem (2013). O ciclo PDCA também conhecido como ciclo de Deming ou ciclo de melhoria contínua, é uma abordagem sistemática, simples e flexível para o controle e melhoria contínua das atividades de uma organização (Gorenflo & Moran, 2012). Este ciclo contempla quatro etapas, nomeadamente:

- “*Plan*”- planejar a definição do problema e uma hipótese para as possíveis causas e soluções, ou seja, planejar uma mudança;
- “*Do*”- fazer, executar, ou seja, efetuar a mudança;
- “*Check*”- verificar, avaliar os resultados e aprender com os mesmos;
- “*Act*”- agir, adotar a mudança, planejar caso os resultados não sejam satisfatórios ou normalizar se forem satisfatórios os resultados (Barras, 2016).

Com o propósito de especificar o que se pretende em cada uma das fases acima descritas e dar uma resposta mais eficaz às necessidades específicas do projeto de Enfermagem, Pedro Salvaguarda propôs a adaptação deste ciclo em oito fases (Ordem dos Enfermeiros, 2013):

1. Identificar o problema;
2. Perceber e dimensionar o problema;
3. Formular objetivos iniciais;
4. Perceber as causas;
5. Planejar e executar as tarefas/atividades;
6. Verificar os resultados;
7. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa;
8. Reconhecer e partilhar o sucesso.

No âmbito do projeto desenvolvido em contexto de estágio, e por questões de tempo e objetivos esperados para o estágio, apenas foram desenvolvidas as primeiras cinco etapas do ciclo PDCA.

## **1. Identificar, perceber e dimensionar o problema**

Cuidados Paliativos, de acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei nº 52/2012 (Diário da República, p.5119), são *“cuidados ativos, (...) prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva”* tendo em conta o doente e a sua família.

Os profissionais de saúde nesta área lidam frequentemente com situações difíceis, como a morte, o medo e a angústia (Barbosa, 2016; Bernardo, et al., 2016; Vaz, 2020). Esta confrontação diária pode originar situações de desconforto pessoal e profissional. No paradigma atual português, os enfermeiros representam um grande grupo profissional, com uma importante interação com os doentes e com os seus familiares, lidando frequentemente com situações difíceis como a dor, o sofrimento, a morte (Faria, 2019) e pessoas vulneráveis.

### **1.1. Identificação do problema: Autocuidado dos enfermeiros, burnout e fadiga por compaixão em contexto de cuidados paliativos**

Os CP são uma área de trabalho onde existe uma grande suscetibilidade dos profissionais de saúde experienciarem situações difíceis e, conseqüentemente, sentimentos negativos, que podem levar a situações de burnout e fadiga por compaixão (Vaz, 2020). Assim sendo, o autocuidado das equipas que trabalham nestes contextos é fundamental.

O conceito de autocuidado é um conceito central na prática de Enfermagem, conceptualizado por Dorothea Orem na sua teoria de défice do autocuidado (Orem, 1985). Segundo a autora, o autocuidado é definido como um conjunto de atividades ou práticas, adoptadas pelo próprio, relacionadas com a preservação do sentido da vida, manutenção da saúde e do bem-estar (Orem, 1985). Por outras palavras, representa um conjunto de atividades que a pessoa faz, de

forma a promover o seu bem-estar físico e emocional e, assim, assegurar a eficácia do seu desempenho (Linton & Koonmen, 2020). À semelhança do autocuidado pessoa, o autocuidado dos profissionais, isto é, o autocuidado das pessoas no contexto do seu exercício profissional, deve ser uma prática contínua, actuando preferencialmente de forma preventiva (Vaz, 2020), nomeadamente nos contextos onde a pessoa está mais exposta a situações que coloquem em risco a sua segurança e/ou conforto.

A este propósito, Miller & Grise-Owens (2019), referem a importância de os profissionais de saúde desenvolverem práticas que promovam o autocuidado, mencionando também que este é um tema que deve fazer parte da formação dos profissionais. Segundo Linton & Koonmen (2020), o autocuidado constitui uma obrigação moral nos códigos deontológicos, sendo uma orientação da prática clínica e, também, uma referência da conduta do profissional (Martins & Brito, 2020). Não obstante, também Associação de Enfermagem Americana estabelece que os enfermeiros têm a responsabilidade de adotar práticas de autocuidado quando prestam cuidados aos doentes (Linton & Koonmen, 2020), e no seu código de ética descreve

“O enfermeiro tem os mesmos deveres para consigo e para com os outros, incluindo a responsabilidade de promover a saúde, a segurança e o bem-estar pessoal, preservar a integridade de carácter, manter a competência e continuar o crescimento pessoal e profissional” (*American Nurses Association [ANA], 2015, p. 19*).

Quanto ao Código Deontológico dos enfermeiros, neste não há referências específicas à importância do autocuidado dos profissionais, assim sendo, a deontologia, reflete ou deveria refletir o conjunto de atividades e comportamentos que norteiam a prática profissional. Regra geral reporta-se aos deveres dos enfermeiros nos diversos domínios de atuação. Não deveria ser também um dever - não obstante um direito - os profissionais cuidarem de si?

No Regulamento do Exercício Profissional para a Prática de Enfermagem (REPE), no artigo 8º, com o título “Exercício profissional dos enfermeiros”, o terceiro ponto faz referência à autonomia do exercício profissional. De acordo com Nunes (2016, p. 17), a autonomia “não é simplesmente um modo de organização do trabalho- é o estabelecer de uma relação sólida entre a iniciativa e a responsabilidade profissional, é a materialização da aliança que coloca as competências dos enfermeiros ao serviço das necessidades das pessoas”. Existem estudos que relacionam a autonomia, a satisfação e o ambiente no local de trabalho, uma vez que existem várias dimensões associadas à autonomia, como o controlo sobre a prática, a qualidade das relações com os membros da equipa, a responsabilidade profissional e a reflexão crítica. Desta

forma, e tendo em conta o que já foi referido, a autonomia profissional dá-nos uma responsabilidade de percebermos a importância do autocuidado, enquanto profissionais e pessoas.

No regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, existe uma unidade de competência que menciona o reconhecimento dos efeitos de cuidar de pessoas em situação paliativa, sobre o profissional que cuida e a restante equipa, e do qual faz parte o critério de avaliação que diz que o profissional utiliza estratégias eficazes de autocuidado, de forma a minimizar os fatores geradores de stress, identificando os fatores de risco e as situações que podem levar a estados de exaustão física e emocional.

Considerando o exposto, diversas instituições e organizações têm vindo a criar movimentos orientados para a promoção do autocuidado. São disso exemplo a Organização Mundial de Saúde o *International Center for Self Care Research*, um centro de investigação internacional na área do autocuidado e que promove estilos de vida saudáveis na área dos cuidados de saúde (Martins & Brito, 2020).

Apesar da teoria do défice do autocuidado de Orem (1985) ser sobejamente conhecida, também Jean Watson – na sua teoria do cuidado humano - reforça a importância de os enfermeiros adquirirem estratégias de autocuidado dirigidas a eles, afirmando que antes de serem atenciosos e compassivos com o doente, devem cultivar a bondade, a compaixão e o equilíbrio com eles mesmos, afirmando que o autocuidado é essencial no trabalho dos enfermeiros (Watson, 2007).

Centrando-nos na classe de Enfermagem, no seu quotidiano, os enfermeiros lidam com vários desafios, dilemas, exigência e complexidade dos cuidados, que levam a um importante desgaste pessoal e profissional (Faria, 2019). Em CP todos estes desafios têm um potencial de atingir uma proporção maior, pelo risco de maior exposição a situações que desafiam as dimensões psicológica e espiritual da pessoa humana, como são o caso da morte, do acompanhamento do processo de morrer e da vulnerabilidade humanas. Assim, os enfermeiros fazem parte de um grupo com uma maior suscetibilidade de experienciar sentimentos negativos, que podem levar a situações de burnout e fadiga por compaixão (Collet, et al., 2018; Vaz, 2020).

O termo burnout foi introduzido por Freudenberger em 1970 e, posteriormente, foi definido por Christina Maslach, psicóloga social, como um processo que leva a uma resposta inadequada

perante um stress laboral crónico e que, com isso, tem implicações emocionais e interpessoais, sendo o esgotamento físico e/ou psicológico um dos principais sintomas, bem como sentimentos de incapacidade face às tarefas a realizar (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, 2017; Pinto, 2023). Assim sendo, as raízes do burnout surgem nos anos 70 nos Estados Unidos da América, especialmente nas áreas de trabalho onde existe contacto direto com pessoas, onde se incluem os cuidados de saúde. A partir dos anos 80, o tema começa a emergir em áreas como a educação, gestão e informática, ou seja, não se cingido só a áreas de trabalho onde existe contacto direto com pessoas (Maslach et al., 2001).

Não obstante as definições anteriores, Maslach & Jackson (1981) definem burnout como um estado de cansaço emocional, que leva a uma perda de motivação profissional e que se pode transformar em sentimentos de inaptidão e fracasso.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CDI-11, 2019), o burnout é caracterizado por um estado de esgotamento profissional, que resulta da exposição ao stress laboral

A Síndrome de burnout é, portanto, uma resposta a uma reação adversa ao stress emocional que pode levar a uma exaustão emocional com sentimentos de fadiga e fracasso, a falta de realização pessoal ou profissional associado a sentimentos de incompreensão (Maslach et al., 2001; Bernardo, et al., 2016; Pinto, 2023).

Considerando as diversas e sucessivas definições, Maslach et al. (2001), salientam a existência de cinco elementos que estão na base da sua conceptualização:

1. O predomínio de sintomas relacionados com a exaustão emocional e mental, a fadiga e a depressão;
2. A ênfase nos sintomas mentais e comportamentais, mais do que nos sintomas físicos;
3. Os sintomas de burnout estão relacionados com o trabalho;
4. Os sintomas aparecem em pessoas “normais”, ou seja, pessoas que não sofriam de distúrbios psicopatológicos até então;
5. A diminuição da efetividade e do desempenho no trabalho devido a atitudes e comportamentos negativos.

A Síndrome de burnout caracteriza-se, assim, por três dimensões na sua conceção: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (Pinto, 2023; Bernardo et al., 2016; Maslach et. al., 2001; Maslach, 2017).

Percebemos pelo que foi anteriormente descrito, que o burnout traz consequências para todos os envolvidos, para o profissional, para os doentes e para a instituição (Pinto, 2018; Pinto, 2023). Desta forma, o burnout na performance do trabalho, associa-se a várias formas de abandono no trabalho, à intenção de deixar o trabalho e à rotatividade de pessoas. Neste sentido, pessoas com/em burnout podem ter um impacto negativo para com os colegas de trabalho, podendo ser pessoas mais conflituosas, sendo que o próprio burnout pode ser “contagioso” ao perpetuar-se no trabalho, tendo também repercussão na vida pessoal de outros colaboradores (Maslach et al. 2001). Assim, os profissionais de saúde têm vindo a ser reconhecidos como um grupo vulnerável para o desenvolvimento desta síndrome. A literatura aponta que o contacto com a doença, o sofrimento e a vulnerabilidade humanas e o trabalho por turnos como as principais razões (Marôco et al., 2016).

O termo Fadiga por Compaixão foi utilizado pela primeira vez por Joinson, uma enfermeira, em 1992 e a sua conceção mais citada na literatura foi elaborada por Figley & Stamm. De acordo com Figley (1995), a fadiga por compaixão é um estado de exaustão, associado a disfunção biológica, psicológica e social, sendo descrita como um estado de empatia reduzida em resultado da exposição contínua ao sofrimento, existindo uma perda acentuada de energia emocional e física relacionada com o trabalho (Stamm, 2010). A fadiga por compaixão é acompanhada de sentimentos como o desespero, a falta de prazer em realizar alguma tarefa, de stress e de ansiedade (Peters, 2018). Este estado é também entendido como uma consequência inevitável de quem cuida de pessoas que estão a passar por um estado de sofrimento e de dor, como é o caso dos enfermeiros que trabalham em CP (Sabo, 2006).

Figley (2002) descreve a fadiga por compaixão como “um estado de tensão e preocupação com os pacientes traumatizados ao reviver experiências traumatizantes, evitando a constante recordação associada ao doente. É a função de testemunhar o sofrimento dos outros” (Figley, 2002 pp. 1435). Assim, a fadiga por compaixão é entendida como o custo do cuidar, onde os profissionais de saúde ouvem (empaticamente) as histórias traumáticas dos doentes e familiares e começam a experienciar sentimentos que se assemelham a dor, medo e sofrimento (Sinclair et al., 2017).

A compaixão resulta de uma resposta empática ao sofrimento (Jilou et al., 2021), correspondendo à sensibilidade para a dor ou sofrimento de uma pessoa, associada a um profundo desejo de aliviar esse sofrimento (Coetzee & Klopper, 2010). A empatia é tida também como necessária para a arte de cuidar e um profissional que entende as necessidades do doente

e o procura conhecer, consegue estabelecer boas relações e vai ajudar a atingir os seus objetivos. Assim, é seguro dizer que a compaixão é uma característica essencial para os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros. Os enfermeiros que centram o seu cuidado nos doentes, têm também que focar o cuidado no seu próprio bem-estar e estabelecer limites na relação (Figley & Figley, 2017). Ser compassivo e empático tem um custo na maioria das circunstâncias. Por isso, fadiga por compaixão, como o próprio nome indica, é um conceito relacionado com o de cansaço, expressando-se numa redução da capacidade ou interesse em suportar o sofrimento dos outros (Figley, 2002) e que tende a refletir o seu impacto no desempenho os profissionais de saúde, nomeadamente na baixa auto-estima, na maior rotatividade, na insatisfação no trabalho, na incapacidade de tomar decisões, levando a consequência físicas, emocionais, mentais e cognitivas (Jilou et al., 2021).

A fadiga por compaixão pode influenciar os profissionais de saúde no desempenho do apoio empático, que envolve a habilidade de compreender os sentimentos do paciente a partir da perspetiva dele. Ser assertivo e oferecer cuidados empáticos são expectativas associadas a esses profissionais (Lombardo & Eyre, 2011). Na literatura está, todavia, descrita a dificuldade dos enfermeiros em admitirem o seu sofrimento, o que pode demonstrar vulnerabilidade, resultando em desproteção e sentimentos de impotência na resolução de um problema (Wentzel & Brysiewicz, 2017).

De acordo com Jilou et al. (2021), a fadiga por compaixão pode ser dividida em duas partes, sendo a primeira a que diz respeito a condições como a exaustão, frustração, e depressão, que são típicas do burnout; e a segunda que corresponde ao stress traumático secundário, e que é um sentimento negativo causado pelo medo e pelo trauma relacionados com o trabalho.

Tanto o burnout como a fadiga por compaixão podem afetar qualquer profissional (Cruz, 2014), especialmente aqueles que se encontram – no exercício das suas funções – mais expostos ao sofrimento humano, pelo que a temática do autocuidado dos profissionais é fundamental nas equipas de saúde em geral e de CP em particular. O burnout tem a ver com a exaustão física e emocional associadas à exposição a elevada carga de trabalho (Sinclair et al., 2017). A fadiga por compaixão define-se como a reduzida capacidade ou interesse do profissional em ser empático ou suportar o sofrimento dos doentes, sucumbindo às exigências dos cuidados ao doente em detrimento do cuidado de si mesmo (Figley, 1995).

O Quadro 2 apresenta, em síntese, algumas das principais diferenças entre os conceitos, descritas na literatura.

**Quadro 2:** Diferenças entre os conceitos de burnout e fadiga por compaixão.

Burnout	Fadiga por compaixão
Surge gradualmente ao longo do tempo (Sansó et al., 2015)	Tem início repentino e agudo (Boyle, 2011)
Ocorre da exposição contínua a situações de stress ambientais ou de trabalho (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, 2017)	Ocorre da exposição contínua ao sofrimento dos doentes (Stamm, 2010)
Estado de exaustão física, emocional e mental, e que conduz a um progressivo sentimento de inadequação e de fracasso (Bernardo, et al., 2016)	É um estado de exaustão, associado a disfunção biológica, psicológica e social (Figley, 1995)
Sintomas: exaustão, baixa auto-estima, desumanização, isolamento nas relações e perda de motivação profissional (Bernardo et al., 2016; Sansó et al., 2015; Maslach & Jackson, 1981)	Sintomas: perda de energia emocional e física, cefaleias, ansiedade, insónia, desconforto gastrointestinal (Stamm, 2010; Boyle, 2011)
Resulta em diminuição da empatia; diminuição do desempenho no trabalho; associado a várias formas de abandono no trabalho e à rotatividade de pessoas (Sansó et al., 2015; Maslach et al., 2001 )	Resulta num desequilíbrio da empatia e objetividade no cuidado, como consequência da alteração dos papeis; negligencia das necessidades pessoais; isolamento emocional e incapacidade de partilhar o sofrimento (Boyle, 2011; Sinclair et al., 2017).

## **1.2. Perceber e dimensionar o problema: Burnout e fadiga por compaixão em cuidados**

### **paliativos**

Clarificados os conceitos importa compreender a sua dimensão.

Quanto ao burnout e à sua prevalência na classe de Enfermagem, Hooper et al. (2010), num estudo realizado no contexto da emergência, oncologia, nefrologia e cuidados intensivos (n>2000), referem que 82% dos enfermeiros, apresentam níveis elevados de burnout. Num outro estudo, reportam dados de outras investigações relativos aos anos de 2006 a 2008 onde 20% a 40% dos enfermeiros nos Estados Unidos da América sofrem de burnout ( Neff, 2011; McHugh 2011; McHugh, 2014, como citado em Sinclair et al., 2017). Por sua vez, um outro estudo – conduzido na China e, no qual foram incluídos 79 estudos, com uma amostra de enfermeiros de 28.509 de 11 países de todo o mundo, observou-se uma prevalência de burnout de 26,64% (Xie et al., 2021).

No que diz concerne à fadiga por compaixão, o estudo de Hooper et al. (2010), refere que 86% dos enfermeiros, apresentam níveis moderados a elevados de fadiga por compaixão. Quanto à prevalência da fadiga por compaixão, nos profissionais de saúde, esta é de 7,3 a 40% (Van Mol et al., 2015). Quanto aos enfermeiros, Xie et al. (2021), no seu trabalho de investigação, referem que a prevalência da fadiga por compaixão se encontra entre 7,3% e 44,8% (Xie et al., 2021). Os dados, ainda que oriundos de estudos diferentes, são congruentes, expressando prevalências que podem ultrapassar os 40%, um valor claramente preocupante.

Quanto à área dos cuidados paliativos, existem vários estudos que estudam a prevalência do burnout e da fadiga por compaixão. No estudo de Carvalho (2011), 75,8% dos profissionais de Enfermagem que trabalham em CP, apresentam níveis médios/altos de fadiga por compaixão, dos quais 27,3% apresentam nível alto. Um outro estudo, realizado por Cruz (2014) com 247 enfermeiros de vários serviços, incluindo enfermeiros que trabalhavam em CP, que correspondiam a mais de metade da amostra, os resultados correspondem às diferentes áreas de trabalho, quanto aos enfermeiros 74,3% apresentam nível médio alto de burnout, um elevado nível de burnout (26,6%) e de fadiga por compaixão (29,1%).

O estudo de Parola et al. (2017), analisou a prevalência do burnout entre os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos, através de uma revisão da literatura, verificou-se que a prevalência do burnout nos profissionais de saúde (n=1406 participantes) foi de 17,3%, pela aplicação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Parola et al., 2017). A amostra dos estudos

analisados pelos investigadores, foi limitada a médicos, enfermeiros e assistentes sociais, que trabalhavam em unidades de cuidados paliativos, em internamento e na comunidade. Outra das conclusões deste estudo, revelou que também através do MBI, a Realização Pessoal apresentou uma maior prevalência com 19,5%, sendo que os médicos apresentavam níveis mais baixos de Realização Pessoal (41,2%). A classe de Enfermagem apresentou níveis elevados de Exaustão Emocional (19,5%) e, ainda de Despersonalização (8,2%). Os investigadores concluíram também que nos assistentes sociais, a prevalência de burnout foi maior (27%). Quanto ao contexto de cuidados paliativos com uma maior prevalência de burnout, este foi o contexto de cuidados domiciliários, com 19,6%.

Num estudo português mais recente, de 2023, desenvolvido por Gonçalves e Gaudêncio, as investigadoras tinham como objetivo avaliar o burnout e a qualidade de vida. Para tal desenvolveram um estudo com profissionais a trabalharem no contexto da oncologia e dos cuidados paliativos (n=34), sendo que os profissionais da classe de Enfermagem apresentavam uma maior representatividade (n=16). Neste estudo, também foi usado o MBI. Segundo o estudo, na dimensão da Exaustão, 55,9% dos profissionais apresentam níveis elevados e 29,4% níveis médios; na Despersonalização 75,8% níveis elevados e 21,2% níveis médios e na realização pessoal, a maioria dos indivíduos (63,6%) apresentou uma pontuação baixa, indicando uma percepção negativa de realização pessoal. Os dados estatísticos encontrados na área de CP, indicam que o burnout, tem uma prevalência global de 17,3%, sendo que nos enfermeiros correspondente a 18,6% (Parola et al., 2017; Koh, et al.,2019).

No que se refere ao contexto português, existem alguns estudos ainda que seja uma área que, globalmente, carece de maior atenção. Entre os trabalhos encontrados destacam-se, por exemplo, o estudo de Carvalho (2011), conduzido no contexto de cuidados paliativos e com profissionais das diferentes áreas de trabalho (n=73) e, constatou que 72,6% dos participantes, apresentavam níveis médios a altos de burnout. Num outro estudo de Fonseca et al. (2017), realizado no âmbito da urgência e com profissionais de Enfermagem (n=87), observa-se que 54% dos enfermeiros apresentam níveis altos de burnout.

Manuelito e Carvalho (2016), conduziram também um estudo no contexto da emergência e do pré-hospitalar, os autores tiveram como objetivo entender de que forma é que a fadiga por compaixão afeta os profissionais de saúde, assim sendo, perceberam que profissionais mais experientes (com idades entre os 44-62 anos), tem menos probabilidade de desenvolver estados de fadiga por compaixão, na medida em que a capacidade de resiliência é maior, bem

como as estratégias de coping; na variável do burnout os resultados foram idênticos, ou seja, profissionais mais jovens e com menos experiência, apresentam valores mais elevados de burnout, o que vai de encontro ao encontrado na literatura pelo autor e também por nós (Pereira et al., 2011; Gonçalves et al., 2013; Marôco et al., 2016; Pinto, 2018).

Os estudos citados, incluindo o estudo de Cruz (2014), pretendem avaliar o fenómeno da fadiga por compaixão corroboram a predisposição à qual os enfermeiros têm de desenvolver níveis elevados de fadiga por compaixão, na realização deste foi usada a escala “*Professional Quality of Life 5*” ([ProQOL5] Carvalho, 2011) e também o MIB (Maslach & Schaufeli, 1993).

As circunstâncias da pandemia COVID-19 foram uma clara ameaça à saúde mental dos profissionais, com um impacto significativo no desenvolvimento de burnout, fadiga por compaixão e satisfação por compaixão. Os principais estudos mostraram um aumento da taxa de burnout, despersonalização e fadiga por compaixão, documentando também uma redução na realização pessoal, e níveis de satisfação por compaixão semelhantes antes da pandemia. Lluch et al. (2022), desenvolveram uma revisão da literatura, onde determinaram o nível de burnout, fadiga por compaixão e satisfação por compaixão em profissionais de saúde durante o primeiro ano da Pandemia COVID-19. A qualidade de vida dos profissionais de saúde foi colocada em risco durante a COVID-19, por estarem expostos e na linha da frente contra esta pandemia. Dos 76 estudos analisados, a classe profissional onde foram relatados níveis mais elevados de burnout foram os enfermeiros. A ansiedade, a depressão e a insónia foram as variáveis que competiram como fatores de risco para o desenvolvimento de burnout. Como fatores de proteção, os resultados vão de encontro a resultados anteriores à pandemia, e incluíram a resiliência, o apoio social e a participação em intervenções para reduzir a fadiga por compaixão e o burnout (Lluch et al., 2022).

A literatura documenta que a fadiga por compaixão e o burnout existem entre os enfermeiros e, por isso, torna-se necessário a implementação de estratégias, quer individuais quer organizacionais, para diminuir a sua ocorrência.

No que se refere à dimensão desta problemática nos contextos de estágio pelos quais tivemos oportunidade de passar, desconhecem-se estudos sobre as temáticas. Informalmente, as equipas reconhecem a importância do tema. Com efeito, do contacto realizado com as equipas de ambos os contextos, a temática foi acolhida com interesse, mas por vezes com alguma estranheza, possivelmente pela falta de conhecimento sobre o tema, mas que foi possível

desconstruir à medida que conversávamos sobre o tema e pelas pesquisas que foram sendo realizadas.

Cuidar de pessoas em fase avançada da doença e dos seus familiares pode ser uma experiência gratificante e significativa, mas também pode ser muito stressante, daí a importância de existir um equilíbrio “entre a saída e a entrada de energia laboral e pessoal de um profissional” (Duarte, 2018, p.34). Face ao exposto, é importante abordar a temática do autocuidado, as estratégias inerentes, sobretudo a quem está mais exposto.

Assim, e considerando os dados descritos na literatura, existem algumas estratégias que podem ajudar a mitigar o problema nomeadamente:

- Alimentação equilibrada, exercício físico, boas relações sociais (Boyle, 2011; Hevezi, 2016);
- Participação em atividades que promovam relaxamento, como o Yoga, a meditação e o *mindfulness* (Boyle, 2011; Hevezi, 2016; Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Aryankhesal, 2019; Derayunan, 2019)
- Existência de programas de trabalho que promovam o bem-estar dos profissionais, como grupos de apoio onde possam falar de situações difíceis (Houck, 2014; Aryankhesal, 2019; Alves, 2020):
  - Programas de intervenção online - terapia online, recursos educacionais, ou suporte virtual (Aryankhesal, 2019);
  - Programas de treino psicossocial, para que os enfermeiros desenvolvam atitudes mais positivas em relação aos doentes e familiares (Aryankhesal, 2019);
  - Programas de desenvolvimento de identidade profissional, isto é, proporcionar aos profissionais a oportunidade de se conectarem com sua profissão (Aryankhesal, 2019);
  - Programa de resiliência com intervenções educacionais, para ajudar os participantes a identificarem sintomas de fadiga por compaixão e estratégias para promover resiliência (Klein et al., 2018; Potter et al., 2013)
- Realizar atividades fora do ambiente hospitalar; trabalhar em equipa (Alves, 2020; Aryankhesal, 2019);
- Parceria de cuidados entre o profissional e o familiar (Alves, 2020);
- Existir apoio para os profissionais que trabalham em CP (Alves, 2020);

- Adotar e desenvolver estratégias de coping (Saunders, 2011; Aryankhesal, 2019; Sapeta et al. 2022);
- Treinar e melhorar as habilidades de comunicação dos profissionais (Aryankhesal, 2019).

É imperativo que os enfermeiros, e os outros profissionais também, reconheçam as manifestações do burnout e da fadiga por compaixão de forma a adotarem intervenções de autocuidado eficazes para prevenirem estas situações. Assim sendo é importante aumentar o seu auto-reconhecimento e a consciencialização desta temática (Derayunan, 2019). Num estudo conduzido por Adimando (2017), o investigador orientou um *workshop* sobre a fadiga por compaixão (fatores de risco, causas e sintomas), desse estudo existiram enfermeiros que perceberam que já tinham sofrido de fadiga por compaixão e que se tivessem este conhecimento prévio não teriam tomado a decisão de deixar o seu trabalho e tentariam encontrar estratégias para gerir e aliviar os sintomas de fadiga por compaixão.

## **2. Objetivo**

Conforme anteriormente apresentado, este projeto teve como Objetivo Geral (OG):

OG: Contribuir para a implementação de estratégias de autocuidado dos profissionais de saúde que cuidam de pessoas em CP, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida destes profissionais, a prevenção do burnout e da fadiga por compaixão e, por consequência, melhorar a prestação de cuidados aos doentes.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento nº 429/2018, Diário da República, IIª série – Nº 135 – 16 de julho de 2018) podemos referir que o projeto vai de encontro a uma das competências esperadas no que concerne à responsabilidade de reconhecer os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, sobre si e outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz, sendo as estratégias de autocuidado um dos critérios de avaliação para minimizar o fatores geradores de stresse e as estratégias de apoio nos restantes intervenientes no processo de cuidar.

O projeto, previamente aprovado pelo Conselho-Técnico Científico da ESEP (Apêndice A) foi posteriormente apresentado nos contextos de estágio, nomeadamente aos enfermeiros tutores, sobretudo para percebermos se seria exequível a sua implementação e adequada às necessidades do serviço.

Desta forma, para uma melhor compreensão e análise dos propósitos deste projeto, o objetivo foi operacionalizado em dois objetivos específicos, tendo sido delineadas as atividades para a sua concretização (Quadro 3).

**Quadro 3:** Descrição dos objetivos específicos e atividades a desenvolver

Objetivos específicos	Atividades
<b>1. Explorar, na literatura científica, a temática do autocuidado dos Enfermeiros que exercem em CP.</b>	1.1. Realizar uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.
<b>2. Desenvolver um projeto de melhoria contínua centrado no autocuidado dos enfermeiros, em CP.</b>	2.1. Elaborar um projeto de melhoria contínua seguindo o modelo proposto pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013):  2.1.1. Fazer um Diagnóstico de situação;  2.1.2. Sensibilizar os enfermeiros das equipas para a temática, mediante a ação de formação;  2.1.3. Elaborar um guia de boas práticas no autocuidado dos profissionais;  2.1.4. Realizar intervenção de autocuidado com as equipas.

### 3. Perceber as causas

Como já foi referido, nos contextos de estágio percorridos, o tema do autocuidado e a sua importância não era muito conhecido, nem algo explorado até à data sendo, porém, acolhido com interesse.

Para melhorar compreendermos as causas inerentes ao risco de burnout e de fadiga por compaixão nas equipas, e assim melhor aferirmos estratégias que localmente fossem eficazes,

recorremos ao método de brainstorming, no sentido de enquadrar localmente o objeto de estudo e facilitar a identificação de causas reais.

Em sede de reunião de equipa, onde o projecto foi apresentado, os conceitos clarificados e discutidos, procedeu-se a um espaço de reflexão e discussão orientada. Assim, alguns dos problemas identificados pelas equipas foram a falta de conhecimento/ sensibilização da equipa para o tema e o desconhecimento sobre os recursos existentes na instituição.

No que se refere aos factores que poderão colocar os profissionais das equipas perante um maior risco de desenvolverem burnout ou fadiga por compaixão, foram apontados baixos rácios de Enfermagem, não ajustados às necessidades dos doentes e à elevada carga de trabalho; o ambiente e conflitos nas equipas; a falta de apoio das chefias em lidarem com o sofrimento dos doentes e da família.

Estes dados são corroborados pela literatura científica. Com efeito, e segundo diversos estudos e trabalhos (Maslach et al.,2001; Bernardo et al., 2016; Marôco et al., 2016; Maslach, 2017; Sinclair et al., 2017; Pinto 2018; Koh et al., 2020; Jilou et al.,2021) entre as principais causas estão, efectivamente, a sobrecarga de trabalho, o trabalho por turnos, a falta de apoio social e das chefias, a falta de autonomia no processo de tomada de decisão, a violação de valores como a justiça e a equidade, profissionais mais jovens e no início de carreira, o estado civil (profissionais casados tem menos predisposição para o desenvolvimento de burnout e fadiga por compaixão), profissionais com baixa autoestima e a falta de estratégias de coping. Além das causas citadas anteriormente, a literatura aponta também que outro dos motivos relacionados com o desenvolvimento de burnout e fadiga por compaixão na área de CP, têm a ver com o lidar com a vulnerabilidade e o sofrimento humano associados aos cuidados de fim de vida ( Bernardo et al. 2016; Figley & Figley, 2017; Jilou et al., 2021; Pinto, 2018; Sinclair et al., 2017).

#### **4. Planear e executar as tarefas/atividades**

A adequação deste projeto, tem como premissa responder às necessidades dos enfermeiros que exercem em CP, procurando ganhos para estes profissionais, bem como para os restantes membros da equipa multidisciplinar, e conseqüentemente ganhos também para a saúde dos doentes com necessidades paliativas e seus familiares.

O desenvolvimento de um projeto nesta área, enquadra-se no enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “O bem-estar e o autocuidado” e “A organização dos cuidados de Enfermagem” da Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2012) e que se traduz na satisfação dos profissionais de Enfermagem.

Com o objetivo de avaliar a viabilidade do projeto e a sua implementação, procedemos a uma análise das Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameças (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* - SWOT), conforme previamente descrito no projeto, para que o seu desenvolvimento fosse o mais eficaz possível. A este propósito, Capelas (2014) refere-se à análise SWOT como um sistema de avaliação pensado no sentido da avaliação sistemática inerente a qualquer aspeto da qualidade.

Dentro desta análise, destacamos particularmente as forças e oportunidades inicialmente encontradas, ainda na fase de projeto, e que constituíram os alicerces para a sua implementação (Quadro 4).

**Quadro 4:** Análise SWOT.

	Fatores Positivos	Fatores negativos
Fatores Internos	<p><b>Forças (S)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivação pessoal e profissional;</li> <li>- Contacto direto e diário com profissionais de saúde;</li> <li>- Pertinência do tema para os Enfermeiros que prestam cuidados a pessoas em CP.</li> </ul>	<p><b>Fraquezas (W)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço temporal limitado para o desenvolvimento do projeto;</li> <li>- Falta de experiência no desenvolvimento de projetos de desenvolvimento profissional.</li> </ul>
Fatores Externos	<p><b>Oportunidades (O)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância crescente atribuída à temática;</li> <li>- Área pouco trabalhada;</li> <li>- Interesse dos Enfermeiros em querer prestar os melhores cuidados a pessoas em CP.</li> </ul>	<p><b>Ameaças (T)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipas numerosas e o facto de ser um tema pessoal para trabalhar;</li> <li>- Falta de tempo e sobrecarga académica e profissional para a elaboração do plano do projeto;</li> <li>- Potencial falta de adesão dos profissionais de saúde.</li> </ul>

Foi ainda definido um período temporal para a realização do projeto e concretização das atividades, a decorrer entre abril de 2023 a março de 2024, isto é, cerca de 9 meses dado que julho e agosto corresponderam a meses de férias.

No que se refere à execução do projeto iniciou-se com uma breve apresentação à equipa. Esta apresentação foi realizada no formato de uma comunicação oral, com a duração aproximada de 15 minutos, integrada numa das reuniões de serviço (Apêndice B). Adicionalmente, foi, também, realizado um breve espaço de discussão. Para preparação desta discussão, recorremos a um breve questionário (de caráter facultativo e anónimo) com as seguintes questões:

- *Quão importante é, para si, explorar a prevalência de burnout e fadiga por compaixão no seu serviço?*
- *Quão importante é, para si, desenvolver um plano de prevenção do burnout/fadiga por compaixão, nomeadamente mediante estratégias de autocuidado?*
- *Que estratégias de autocuidado funcionariam melhor para si e para a sua equipa?*

Cada questão foi avaliada numa escala de Likert, pontuada entre 0 e 5, em que o 0 significava “nada importante” e 5 “muito importante”, sendo a última questão aberta (Apêndice C).

A apresentação do projeto à equipa, foi realizada numa única sessão, numa reunião de serviço, onde estavam presentes os membros da equipa - três Médicos, um Enfermeiro, um Psicólogo e um Assistente Social, além de três estudantes – duas Enfermeiras em formação e um estudante de mestrado em Serviço Social.

Do *brainstorming* inicial, os profissionais relataram que a instituição não tem programas direcionados para o autocuidado dos profissionais, não sendo dada a devida atenção a esta problemática; acabando os profissionais por ter que fazer a sua própria gestão. O que acontece é que quando existe o reconhecimento de que não estão bem e precisam de algum tipo de ajuda, acabam por se encontrar num estado avançado, sendo uma situação de fim de linha. O facto de não serem reconhecidos os sinais iniciais, contribui para que a situação acabe por se prolongar no tempo. A Psicóloga da equipa referiu que existem na instituição vários pedidos de ajuda dos profissionais, estando relacionados com situações de burnout.

A equipa destaca a importância de existirem no início das reuniões dinâmicas de grupo, onde se abordem questões que vivenciaram e experienciaram, e que são importantes de serem discutidas em equipa. No que se refere ao autocuidado descrevem ser algo que já tinham pensado, e inclusive, implementaram, mas que deixou de ser uma prioridade por existirem tantas outras “emergências” para serem discutidas.

Da aplicação do questionário, a maioria dos profissionais pontuaram com 5 (“muito importante”) as questões “Quão importante é, para si, explorar a prevalência de burnout e

fadiga por compaixão no seu serviço?” e “Quão importante é, para si, desenvolver um plano de prevenção do burnout/fadiga por compaixão, nomeadamente mediante estratégias de autocuidado?”. Com efeito, apenas uma pessoa assumiu uma posição neutra na pergunta sobre explorar o tema no serviço. Da última questão (de resposta aberta) – *Que estratégias de autocuidado funcionariam melhor para si e para a sua equipa?* - emergiram algumas estratégias , nomeadamente:

- Estratégias de *Team Building* (n=3);
- Atividades de lazer fora do local de trabalho (n=5);
- Momentos de relaxamento (n=4);
- Grupos de Balint, mediados por terapeutas;
- Sessões organizadas de partilha de experiências e sentimentos (n=3);
- Discussão de casos complexos (n=4);
- Aprender mecanismos de coping para lidar com a frustração de, por escassez de meios, não proporcionar o melhor tratamento possível (n=1);
- Existir música de ambiente (no espaço de trabalho comum) (n=1);
- Fazer refeições em equipa (n=2);
- Estar mais tempo com a família (n=1).

As estratégias que os membros da equipa descreveram vão também de encontro às referenciadas na literatura como já foi previamente referido.

Em suma, durante esta apresentação verificou-se que é importante falar abertamente sobre a importância do autocuidado e de estratégias de autocuidado nos profissionais de saúde, como também sobre as problemáticas do burnout e da fadiga por compaixão, tão prevalentes nesta área de cuidados de saúde.

Uma das conclusões que a equipa fez foi a de que enquanto EIHSCP, sentem que estão mais protegidos quanto ao desenvolvimento de fadiga por compaixão, uma vez que, acabam por discutir em equipa, sobre os casos clínicos que acompanham e, através disso, falar sobre algumas questões e situações que causaram mais impacto. Embora o façam de forma informal, e muitas vezes sem pensarem que estão a contribuir para o seu autocuidado, a apresentação e

discussão realizadas ajudou-os a ter uma maior consciencialização sobre o tema e, até, sobre algumas práticas que a equipa já tinha mas sobre as quais não tinha verdadeira perceção da sua importância.

Constatamos que o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade carece de muito rigor, e um dos problemas sentidos teve a ver com a gestão de tempo o, que de alguma forma, teve implicações na sua construção, por isso a dificuldade de construir um guia de boas práticas sobre o autocuidado, que era um dos objetivos inicialmente propostos e que teve de ser reajustado.

## **CAPÍTULO 4. REFLEXÃO CRÍTICA DE ATIVIDADES**

O constante desenvolvimento e evolução da profissão de Enfermagem, motivou-nos a investir em formação para acompanhar o progresso científico e mantermo-nos preparados para as exigências diárias no local de trabalho. Ingressar por uma formação de Mestrado na área dos CP, decorreu das experiências vivenciadas no quotidiano profissional e das dificuldades em atender a certas necessidades dos doentes e familiares. Além disso, a influencia pelo exemplo inspirador de colegas de trabalho, cujo desempenho nos motivou a aspirar alcançar o mesmo nível de competência e excelência, foi também uma importante força motriz. Por fim, as nossas experiências pessoais também desempenharam um papel significativo, impulsionando-nos a melhorar e diferenciar os cuidados de Enfermagem prestados.

Foi um percurso desafiador, tanto a nível profissional quanto pessoal, repleto de momentos de superação e dificuldades, muitas vezes marcado por desânimo e vontade de desistir. No entanto, é inegável que os cuidados de Enfermagem atuais, são bem diferentes dos prestados antes de iniciar esta jornada. As preocupações atuais em relação aos doentes são acompanhadas de reflexão, discussão e um pensamento crítico que não havia sido desenvolvido de forma tão consciente anteriormente.

A importância do autocuidado dos profissionais e a necessidade de estratégias de apoio no processo de cuidar despertaram a necessidade de aprofundar este tema. Nos contextos de estágio que passamos deparamo-nos, frequentemente, com situações de fim de vida que inevitavelmente evocam as nossas próprias experiências e memórias pessoais. Portanto, acreditamos que este tema pode ser enriquecedor para a reflexão e desenvolvimento pessoal, profissional e académico.

Considerando a complexidade dos cuidados prestados a doentes em situação paliativa, o desenvolvimento das competências de Enfermagem nesta área foi realizado com base na mobilização e aprofundamento de conhecimentos adquiridos desde o curso de licenciatura, bem como ao longo da experiência profissional. Fundamental neste processo, foi o contacto direto e a possibilidade de cuidar de doentes em situação paliativa, tendo como referencial os quatro pilares dos CP (controlo de sintomas, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa) (Barbosa et al., 2016; Saunders, 2000).

Embora os contextos de estágio tenham sido diferentes, percebemos que em ambos os cuidados de Enfermagem prestados eram altamente diferenciados. Neste sentido, a compreensão, transferência e adaptação dos conhecimentos revelaram-se fundamentais neste processo de aprendizagem. De ressaltar que ambas as equipas nos incluíram em todas as ações, desde as mais instrumentais, como por exemplo a colocação de acessos subcutâneos, administração de medicação, até às mais complexas e interdisciplinares, como por exemplo a participação ativa nas reuniões de equipa e conferências familiares, pelo que nos sentimos também como fazendo parte destas equipas.

Neste contexto, foram múltiplas as experiências ao longo do estágio, muitas das quais relacionadas com o descontrolo sintomático ou a prestação de cuidados a doentes em situação de últimos dias/horas de vida, situações de emergência em CP (como por exemplo, hemorragia e hipercalcemias), entre outros. Todas estas situações possibilitaram a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos e, conseqüentemente, permitiram desenvolver e consolidar competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem e a Pessoa em Situação Paliativa.

Numa abordagem critico-reflexiva das experiências em contexto de estágio, e conseqüentemente da aquisição de competências comuns e específicas em enfermagem médico-cirúrgica, elencamos alguns exemplos (organizados por competências) de situações particularmente difíceis, que se tornaram momentos de reflexão e de aprendizagem.

As questões éticas e sociais são inerentes à prática de Enfermagem, e correspondem a competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Durante o estágio de natureza profissional, desenvolveram-se habilidades para lidar com algumas questões éticas complexas e desafiadoras, com base em algumas experiências. Uma dessas experiências resultou do contacto com uma doente com diagnóstico de paralisia cerebral, história de múltiplos internamentos por infeções respiratórias, sem vida de relação. Aquando pedido de colaboração pela EIHS CP, doente sem via oral, sem acessos periféricos, história de várias tentativas de colocação de SNG, sem sucesso. Ponderada colocação de PEG, que não foi possível nem por via endoscópica, nem por radiologia de intervenção. Discutido caso em equipa multidisciplinar e colocados alguns desafios, nomeadamente: *Continuar a tentar artificializar via oral? Não serão mais os riscos cirúrgicos, que os benefícios para a doente? Como vai reagir a família, caso a decisão seja não artificializar via oral? Será que a doente vai morrer à fome? Como vamos explicar à família? Qual a tomada de posição da família?*

Entre equipa tentou adotar a melhor estratégia para a doente. Dado o estado geral e comorbilidades, decidiu-se não artificializar a via oral. Optou-se por colocar acesso subcutâneo, iniciar fluidos por esta via (hipodermóclise) e continuar a oferecer alimentação. Agendada conferencia familiar, onde foram explicados objetivos dos cuidados e esclarecidas dúvidas aos familiares. A família estava inquieta com as decisões, mas verbalizaram que este processo foi bastante penoso para a doente. Passados alguns dias, começou a ingerir pequenas quantidades de alimentos oferecidos. Acabou por falecer uma semana depois, na presença da família, que atualmente está a ser acompanhada em consulta de luto.

Ponderados os riscos e benefícios da artificialização da via oral, a decisão passou por priorizar o bem-estar e a dignidade da doente. Esta decisão envolveu uma abordagem holística e ética, equilibrando o respeito pela doente e família, a promoção do bem-estar e a consideração dos princípios éticos, incluindo a não maleficência, o princípio ético que esteve na base do processo de tomada de decisão.

Participar nestas discussões multidisciplinares foi uma das atividades desenvolvidas ao longo deste processo de formação para enfermeiro especialista à pessoa em situação paliativa. Situações como a desta doente, fazem-nos perceber que objetivo dos cuidados nem sempre passam por preservar a saúde, mas acima de tudo por preservar a dignidade humana. “A dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios” e “implica a exigência de solidariedade para com a infelicidade e o sofrimento de outros seres humanos” (OE, 2015, p.39).

Promover o conforto e o bem-estar dos doentes e familiares, foi o foco da nossa intervenção ao longo do estágio de natureza profissional. Outro foco foi também perceber quais as implicações destas situações e destes processos de tomada de decisão nos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros.

Foram inúmeras as vezes que surgiram questões pessoais: *Será que estamos a fazer realmente o bem a este doente e à sua família? Será que estamos a desistir?*

Sendo a temática deste relatório o desenvolvimento de um projeto de *melhoria contínua da qualidade* com o tema “Autocuidado do Enfermeiro em Cuidados Paliativos”, procuramos através do seu desenvolvimento, sensibilizar as equipas para a importância de implementarem algumas medidas de autocuidado, quer individuais, quer em grupo, para prevenirem possíveis situações de burnout e de fadiga por compaixão. A necessidade de elaborar um guia de boas

práticas relacionado com o tema era outro dos objetivos propostos inicialmente, mas não foi possível concretizar em tempo útil, sendo um projeto a desenvolver no futuro.

No decorrer dos estágios de natureza profissional, em colaboração com os enfermeiros gestores e com os enfermeiros responsáveis de turno, foram proporcionadas algumas oportunidades de desenvolvimento das *competências na área da gestão*. Foi possível participar em atividades como a gestão de recursos humanos, através da planificação de distribuição diária dos enfermeiros e assistentes operacionais; a gestão de recursos materiais, como a reposição de stock farmacêutico e de material clínico e não clínico; na tomada de decisão, apresentando soluções para a resolução de algumas situações decorrentes do processo de cuidar – “C1 - Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019 p. 4748).

Gerir recursos humanos é uma tarefa difícil, ainda para mais quando implica diferentes classes profissionais (Sousa, 2012). A liderança de uma das equipas onde foi realizado o estágio é pautada pela boa disposição, partilha de experiências sendo notória a motivação da equipa, o que resultou numa prestação de cuidados de excelência e de qualidade, reconhecidos além da própria equipa. Analisando o perfil da coordenadora, constatamos a sua capacidade de liderar de influenciar pessoas, de fazer com que acreditem em si e nas suas ideias/decisões; relacionamento interpessoal, capacidade de trabalhar em equipa e confiança.

Constatamos que estamos perante um estilo de liderança transformacional. Este estilo de liderança, caracteriza-se por ter uma forte componente pessoal, na medida em que este tipo de líder gera motivação nas equipas, introduzindo mudanças nas suas atitudes, com o objetivo de os inspirar para a realização de objetivos suportados por valores e ideais (Bass & Riggio, 2005).

Numa outra equipa onde foi realizado o estágio clínico, o método de trabalho é o de enfermeiro responsável ou de referência. Este método caracteriza-se pela responsabilidade individual do enfermeiro no processo de tomada de decisão relativo aos cuidados prestados (Manthey, 2014). Este método tem a vantagem de possibilitar criar equipas com competências diversificadas, melhorando assim o atendimento (Huber, 2006). Este método de trabalho possibilita a continuidade de cuidados, a responsabilização e a reflexão desses mesmos cuidados. As passagens de turno constituem um momento de reunião, reflexão e análise em equipa de Enfermagem, relativamente aos doentes, e onde foi possível a participação, auxiliando também na transmissão verbal de informações. Nesta instituição, a passagem de turno é feita usando o método ISBAR - *Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes)*,

*Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)* e que possibilita assegurar a continuidade de cuidados e promover a melhoria contínua da qualidade. Este modelo de passagem de turno encontra-se preconizado na Norma nº001/2017 da Direção Geral de Saúde.

No âmbito do projeto de melhoria contínua desenvolvido, planeamos elaborar uma apresentação do tema, com o objetivo de sensibilizar para a importância do autocuidado dos profissionais em cuidados paliativos, nomeadamente os enfermeiros. Foi um momento de reflexão no qual percebemos que os profissionais que participaram na formação, constataram a pertinência do tema e a necessidade de adotar novas estratégias na equipa para promover e melhorar o autocuidado nos profissionais. Foi sugerido ainda pela equipa, que este tema é importante além da área dos CP, e que seria importante apresentar o mesmo nos outros serviços da instituição. Possivelmente, será algo a pensar no futuro.

O progresso das aprendizagens profissionais, é um processo contínuo e necessário para a profissão de Enfermagem. Desta formação avançada e dos novos conhecimentos apreendidos, foi possível, no local de trabalho pessoal, fazer uma apresentação em serviço sobre a administração de medicação e cuidados com a via subcutânea, permitindo também discutir e refletir entre pares sobre algumas práticas.

No que se referem às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, foram desenvolvidas algumas atividades no decorrer do estágio, em ambos os contextos, e que se relacionam com os pilares dos CP. Quanto ao controlo de sintomas, estas foram algumas das atividades e experiências que tivemos:

- Avaliação dos sintomas dos doentes internados e acompanhados, recorrendo a instrumentos disponibilizados nos sistemas de informação para os registos de Enfermagem, como por exemplo a escala numérica da dor; a escala de fácies; a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS); a PPS e a *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG); avaliados também outros sintomas como a dispneia, intolerância à atividade, astenia, ansiedade, náusea, obstipação, febre, agitação e situações de últimos dias/horas de vida;
- Recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo de sintomas como a dor, dispneia, ansiedade, náusea, insónia, agitação e inquietação ou o posicionamento (promovendo o conforto com a alternância de decúbito), cuidados

orais (promovendo a hidratação da mucosa oral e alívio da xerostomia) e também conforto, permitindo a presença do familiar/cuidador; técnica de massagem relaxante e exercícios respiratórios; avaliar a necessidade de ter doentes imobilizados e com contenção física, removendo e evitando o seu uso; presença e escuta ativa;

Elaboração e reformulação de planos de cuidados com base nas intervenções planeadas e implementadas (recorrendo às plataformas para os registos de Enfermagem), e tendo por base a dimensão física, emocional, psicológica, social e espiritual dos doentes e familiares/cuidadores, promovendo e maximizando o conforto, bem-estar, qualidade de vida, autonomia, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento e respeitando as perspectivas dos próprios. O desenvolvimento destas atividades, teve por base a experiência e o contacto com algumas situações. Assim sendo, tivemos a possibilidade de cuidar de doentes em fase agónica, e refletimos sobre a necessidade de nesta fase os cuidados serem direcionados para a maximização do conforto, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte (Neto, 2016b). Sermos capazes de reconhecer a proximidade da morte é importante para todos os envolvidos, equipa assistencial, doente e família, na medida em que os cuidados prestados devem ser adequados e direcionados às necessidades reais. É uma fase onde é essencial ser reformulado o plano de cuidados, serem redefinidos objetivos e onde todas as intervenções têm como foco promover o conforto e a segurança do doente e família (Gonçalves, 2011). Percebemos que os doentes em fase agónica, são referenciados tardiamente, essencialmente nos pedidos de colaboração à EIHS CP. Segundo Gonçalves (2011), a ambição dos CP é receber os doentes antes destes estarem nesta fase de vida, assim como aos seus familiares/cuidadores, para que seja possível dotá-los de conhecimento e confiança necessárias.

As atividades desenvolvidas referentes ao apoio à família foram as seguintes:

- Estabelecimento e atualização de planos individualizados para o doente e familiar/cuidador, promovendo e maximizando o conforto, bem-estar, qualidade de vida, autonomia, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento e respeitando as perspectivas dos próprios;
- Apoio no luto (preparatório de antecipatório) aos doentes e familiares, quer nas perdas sucessivas que acontecem com a evolução da doença, como a perda da autonomia e agravamento da dependência, a perda da via oral, agravamento do estado de consciência com a evolução natural da doença;

- Envolvência dos familiares/cuidadores ao longo do processo de cuidar, através da realização de conferências familiares, bem como a inclusão no ato de cuidar, clarificando e esclarecendo dúvidas, desmistificando medos e fazendo alguns ensinamentos, como por exemplo a questão da perda da via oral, cuidados de higiene oral, posicionamento e gestão de medicação;
- Reconhecimento de sinais de exaustão e sobrecarga dos familiares/cuidadores, apoiando os intervenientes para serem encontradas outras ajudas, como por exemplo a referência para UCP para descanso do cuidador;
- Apoio aos doentes e familiares através das chamadas por telefone - agravamento de algum sintoma, necessidade de medicação, esclarecimento de dúvidas, o próprio contacto feito pelos profissionais para perceber como o doente se encontra com possíveis alterações terapêuticas, ou em situações de últimos dias horas de vida.

A família e cuidadores são parte integrante no processo de cuidar, na medida em que suportam o seu familiar doente e sofrem também com a sua doença e todas as alterações que daí advêm, sendo por isso um processo de adaptação complexo, que exige mudança e acarreta dificuldades para lidar com a doença e o sofrimento. A sobrecarga familiar e sobrecarga do cuidador é real, e acarreta consequências nas várias dimensões, física, psicológica e social, na medida em que estes reconhecem as dificuldades associadas ao cuidar, como a falta de informação e o facto de muitas vezes não existir a disponibilidade para cuidarem do seu familiar ao longo das 24 horas (Pinto et al., 2024).

As conferências familiares, são uma forma de intervir junto da família e nas quais tivemos a possibilidade de colaborar (com consentimento dos intervenientes). A conferência familiar corresponde a uma reunião estruturada de intervenção com o doente e família, e consistir num instrumento terapêutico com o objetivo de melhorar os cuidados prestados e facilitador no processo relacional e comunicacional, pois assume como finalidades o apoio psicossocial, a clarificação de objetivos, discussão de diagnóstico, prognóstico, tratamento e planeamento da alta (Hudson et al., 2015).

A experiência no estágio e nas diversas situações vivenciadas, reforça a importância de existirem alguns pontos essenciais para uma comunicação eficaz. Destacamos a necessidade de criar um ambiente tranquilo, agradável e privado, descobrir o que a pessoa já sabe e o que deseja saber, fazer perguntas abertas para facilitar a expressão de preocupações, evitar dar falsas esperanças

ou excesso de informação, não ter medo do silêncio, garantir que a mensagem foi compreendida, ter a humildade para admitir quando não se sabe algo (Querido et al., 2016). Assim, tornou-se imperativo aperfeiçoar competências comunicacionais na relação terapêutica com a pessoa/família.

A comunicação foi portanto uma das competências mais desafiantes de desenvolver e aprimorar ao longo do estágio. O receio de sermos questionados e não conseguirmos dar resposta, foi algo que teve de ser trabalhado, e é um processo de aprendizagem contínuo. Só com a experiência é que irá deixar de ser um desafio pelo medo, e sim um desafio porque efetivamente o é. A comunicação de más notícias, será sempre desafiadora, na nossa opinião, na medida em que é “uma tarefa extremamente difícil também para o profissional de saúde, pois requiere um conjunto de conhecimentos e habilidades específicas e envolve uma elevada carga emocional” (Sequeira, 2016, p. 216). Aprendemos que o silêncio deixa de ser constrangedor e passa a ser um momento que permite a organização dos pensamentos e encoraja a expressão de ideias, sentimentos e reações por parte dos doentes e familiares.

A ajuda espiritual e religiosa é também importante no cuidado à pessoa em situação paliativa, e esta dimensão está relacionada com a relação com o transcendente. O nosso cuidado incluiu ouvir a experiência da pessoa e as suas questões, proteger a sua dignidade e identidade, garantindo uma abordagem holística (EAPC, 2011). Algumas das necessidades espirituais que mais identificamos ao longo deste percurso foram a necessidade de se despedir, de resolver algum assunto pendente, de perdoar e de ser perdoado.

No que respeita ao trabalho em equipa, um outro pilar dos CP, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Desenvolvimento da nossa intervenção numa perspectiva interdisciplinar, dinamizando e priorizando o trabalho em equipa: discutindo o plano de cuidados definido; agilizando as avaliações dos doentes, nomeadamente na EIHSCP, quando existiam vários pedidos, de forma a se conseguirem responder e observar todos os doentes;
- Participação na elaboração do plano de cuidados para o doente e família, potencializando contributos individuais;
- Participação em atividades entre equipa, nomeadamente em lanches nos dias da reunião e em turnos da tarde, promovendo bons momentos em equipa e o bom ambiente e ainda a partilha de emoções;

- Utilização de estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress: análise dos conhecimentos relativos às estratégias de autocuidado na prevenção do burnout e fadiga por compaixão, relacionado com o projeto de melhoria contínua que foi desenvolvido.

Um dos objetivos para o desenvolvimento desta competências, foi perceber a importância e relevância do nosso tema no seio da equipa, uma vez que uma das intervenções para o autocuidado, tem efetivamente a ver com o trabalho em equipa e o bom ambiente em equipa, para tal tentamos compreender e integrar as dinâmicas dos contextos por onde passamos; contribuir para o bom ambiente com todos os elementos; perceber e identificar a intervenção do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar e interdisciplinar; e ainda participar na discussão de casos clínicos e dilemas éticos.

Na EIHSCP, é realizada todas as semanas uma reunião semanal com toda a equipa multidisciplinar, aqui são apresentados e discutidos casos clínicos e redefinidas estratégias. Este é um momento de partilha, de reflexão crítica sobre casos e situações complexas. Foi num destes momentos que apresentamos o projeto deste relatório - “Autocuidado do enfermeiro que exerce em Cuidados Paliativos”- foi um momento de aprendizagem para todos os intervenientes e ainda um momento de mudança, uma vez que sabemos que atualmente, após o término do estágio, nos dias de reunião, a equipa adota algumas estratégias de autocuidado.

No decorrer do estágio, existiram momentos de apresentação de debate de alguns trabalhos desenvolvidos pelos profissionais e/ou estudantes em estágio, de temas e artigos científicos. A formação em serviço e a aquisição de novos conhecimentos e competências, são aspetos tidos em consideração.

Durante a realização do estágio de natureza profissional, com o objetivo de aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo deste processo de formação em CP e ainda adquirir e desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista, foram elaborados dois estudos de caso na plataforma e4Nursing da ESEP, referentes aos dois contextos UCP (Apêndice D) e EIHSCP (Apêndice E). Na elaboração dos estudos de caso, foi realizada a conceção de cuidados de dois doentes com descontrolo de alguns sintomas, bem como outras necessidades, e ainda casos que de alguma forma tivessem alguma relação com o nosso projeto de melhoria contínua. Ambos os casos tiveram subjacente a Ontologia de Enfermagem, que se encontra ainda em desenvolvimento, nomeadamente na área dos CP e de alguns domínios como a dimensão espiritual, pelo que a sua completude poderá não estar acurada.

Tendo em conta o que já foi mencionado neste capítulo, bem como no capítulo relativo às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, consideramos que o tema do autocuidado em CP é fundamental. A confrontação diária com situações como a morte, o medo e a angústia, pode levar a situações de desconforto pessoal e profissional (Barbosa, 2016; Bernardo, et al., 2016; Vaz, 2020). O autocuidado das pessoas no contexto do seu exercício profissional, deve ser uma prática contínua, atuando preferencialmente de forma preventiva (Vaz, 2020).

No regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (OE, 2018), existe uma unidade de competência que menciona o reconhecimento dos efeitos de cuidar de pessoas em situação paliativa, sobre o profissional que cuida e a restante equipa. Salientamos uma competência específica definida pela SECPAL, no domínio por eles definido como *ambiente seguro e gestão de recurso*, relacionada com o nosso tema: definir critérios que permitam designar o enfermeiro mais adequado e capaz de prestar cuidados e atenção, tendo em conta o seu conhecimento e/ou resposta emocional à complexidade da situação” (Codorniu et al., 2013, p. 43). Na Irlanda, a definição de competências específicas também aborda a necessidade do enfermeiro desenvolver estratégias de autocuidado, tendo em atenção o impacto que é cuidar de pessoas que estão a passar por situações limitantes de vida e o impacto desses cuidados sobre o profissional (Ryan et al., 2014). Na nossa perspetiva, esta competência deveria estar mais esmiuçada no nosso regulamento. No decorrer do estágio, deparamo-nos com situações onde alguns enfermeiros não se sentiam emocionalmente capazes de cuidar de um doente, e existia sensibilidade suficiente por parte da equipa para proteger esse colega. Mas tornar isso mais claro no Regulamento das competências específicas pode ser uma mais-valia.

Assim, o tema foi inicialmente sentido com alguma estranheza no seio da EIHSCP, onde foi apresentado, mas ao longo do tempo de estágio e com o culminar da apresentação do projeto à equipa, foi percebida a sua importância e pertinência. Conseguimos responder a alguns dos objetivos previamente delineados, e no seio da EIHSCP foi manifestada a vontade e disponibilidade de avançar para a construção de um guia de boas práticas, um dos objetivos não concretizado, pelo que pensamos num futuro próximo continuar a investir nesta área.

## CONCLUSÃO

Numa sociedade em constante evolução, o exercício profissional de Enfermagem exige uma prática cada vez complexa e diferenciada como resposta aos desafios em saúde.

Este trabalho concorre para um enriquecimento do conhecimento da temática “Autocuidado dos enfermeiros que exercem CP” e que tem como objetivo a obtenção de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa com vista à necessidade de estratégias de apoio no processo de cuidar. A elaboração deste projeto trouxe e continuará a trazer benefícios para a nossa prática enquanto profissionais de saúde e também na vertente pessoal, uma vez que o nosso equilíbrio pessoal permite prevenir situações de *burnout* e fadiga por compaixão, o que influencia a forma como cuidamos dos nossos doentes e seus familiares, e como interagimos com a equipa interdisciplinar.

A realização do estágio em dois contextos diferentes possibilitou uma vasta aprendizagem, permitindo a troca de experiências e conhecimentos, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns e especializadas. Ao longo deste percurso, e atendendo a cada situação específica que contactamos, realçamos a prestação de cuidados de Enfermagem assentes nos referenciais da profissão, no respeito pela pessoa como um todo, inserida numa família e numa comunidade.

Na base deste processo, e porque são indissociáveis, estão subjacentes as competências comuns do enfermeiro especialista: a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria da qualidade da práxis profissional, a gestão de cuidados e a procura do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A construção do conhecimento baseado na evidência e a procura contínua de conhecimentos que conduzam a mudanças na prática dos cuidados de Enfermagem, também fazem parte do desenvolvimento de competências do enfermeiro. As competências especializadas no cuidado à pessoa em situação paliativa e sua família, desenvolveram-se em volta dos quatro pilares dos CP, que tiveram em consideração a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos à pessoa.

Salientamos, que as aprendizagens mencionadas ao longo deste relatório, evidenciam os conhecimentos aprofundados e especializados à pessoa em situação paliativa, bem como a

compreensão do papel do enfermeiro especialista no seio de uma equipa, ampliando conhecimentos e perícia técnica, raciocínio clínico, pensamento crítico e reflexivo, tomada de decisão e comunicação

Este relatório, após análise e reflexão, representa o resultado final de um percurso de aprendizagem e desenvolvimento profissional e pessoal, com o objetivo de aprimorar competências especializadas no cuidado a doentes em situação paliativa e seus familiares. Assim, avaliamos de forma positiva este percurso e constatamos o nosso crescimento ao nível profissional e pessoal. Podemos concluir que adquirimos e desenvolvemos competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de intervenção à Pessoa em Situação Paliativa, e com o desenvolvimento do projeto, pensamos ter contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Ao longo da elaboração deste documento, surgiram dificuldades, principalmente na gestão de tempo pois, por razões de diversas ordens, nomeadamente a inexperiência em projetos desta natureza, a par dos compromissos profissionais e académicos, não foi dedicado o tempo necessário para a sua elaboração. Acreditamos, porém, que este projeto será uma mais-valia para a sua implementação, de forma organizada, eficiente e eficaz.

Assim, as competências adquiridas no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de atenção à Pessoa em Situação Paliativa representam um marco significativo no nosso percurso profissional e pessoal. Reconhecemos o fim desta etapa, conscientes de que tudo está em constante evolução, podendo o futuro reservar-nos novos desafios.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central dos Serviços de Saúde. (2017). Circular Normativa n.º 1/2017/CNCP/ACSS de 12 de janeiro. Requisitos mínimos para Equipas locais de cuidados paliativos da Rede Nacional de Cuidados Paliativos e indicadores de referência para a implementação e desenvolvimento destas equipas. [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/CircularNormativa\\_1\\_2017.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/CircularNormativa_1_2017.pdf)
- Adimando, A. (2017). Preventing and Alleviating Compassion Fatigue Through Self-Care: an educational workshop for nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 36(4), 304–317. <https://doi.org/10.1177/0898010117721581>
- Alves, E. M. (2020). *O impacto da resiliência e do ambiente ético hospitalar na perceção de burnout nos profissionais de saúde*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/129321>
- American Nurses Association (2015). Code of ethics for nurses with Interpretative statements. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/coe-view-only/>
- Aryankhesal, A., Mohammadibakhsh, R., Hamidi, Y., Alidoost, S., Behzadifar, M., Sohrabi, R., & Farhadi, Z. (2019). Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: A systematic review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 77. <https://doi.org/10.34171/mjiri.33.77>
- Associação Europeia de Cuidados Paliativos (2011). Definition of Spiritual Care. <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/>
- Barbosa, A. (2016). A Relação Clínica em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.833-898). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética. AIDFM. Lisboa: 3ª Edição
- Barras, P. M. (2016). *O ciclo PDCA no sistema de controlo interno em ambiente hospitalar no SNS*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/18204>
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2005). *Transformational leadership* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. <https://doi.org/10.4324/9781410617095>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. (7ª ed.). Oxford University Press
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de Enfermagem*. Quarteto.
- Bernardo, A., Rosado, J., & salazar, H. (2016). Burnout e Autocuidados. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.899-906). Lisboa: 3ª Edição

- Boyle D. A. (2011). Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. *Online journal of issues in nursing*, 16(1), 2. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man02>
- Capelas, M. (2014). *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Científico Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.14/16358>
- Capelas, M. L. V., & Coelho, P. (2014). Pensar a organização de serviços de Cuidados Paliativos. *Revista Cuidados Paliativos*, 1(1), 17-26. <http://hdl.handle.net/10400.14/25105>
- Capelas, M. L., Coelho, S. P. F., Silva, S. C. F. S. D., & Ferreira, C. M. D. (2017). Cuidar a pessoa que sofre: uma teoria de cuidados paliativos. Universidade Católica Editora. <http://hdl.handle.net/10400.14/30526>
- Carqueja, E. (2018). Comunicação. In R. Nunes, F. Rego & G. Rego (Eds.), *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos* (pp. 73-81). Almedina
- Carvalho, P. (2011). *Estudo da Fadiga por Compaixão nos Cuidados Paliativos em Portugal: Tradução e Adaptação Cultural da Escala "Professional Quality of Life 5"*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/8918>
- Carvalho, S., & Botelho, M. (2011). Os cuidados paliativos no âmbito dos cuidados de saúde primários: as intervenções dos enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 15(1), 2-24. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v15i1.49>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing & health sciences*, 12(2), 235–243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
- Collet, J., Vugt, M. E., Schols, J. M., Engelen, G. J., Winkens, B., & Verhey, F. R. (2018). Well-being of nursing staff on specialized units for older patients with combined care needs. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(2), 108–118. <https://doi.org/10.1111/jpm.12445>
- Codorniu, N., Guanter, L., Molins, A., & Utor, L. (2013). Competencias enfermeras en cuidados paliativos. *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, 3, 3-48. [https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs\\_revista/PaliativosAECPAL13.pdf](https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/PaliativosAECPAL13.pdf)
- Cruz, B. S. (2014). *Burnout e Fadiga por Compaixão em Enfermeiros Portugueses*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/27328>
- Derayunan, E. R. (2019). Evaluating Interventions to Mitigate Compassion Fatigue Among At-Risk Nursing Populations. *Honors Undergraduate Theses*. 469. <https://stars.library.ucf.edu/honorsthesis/469>
- Decreto-Lei n.º 161/96. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996). Diário da República n.º 205, Série I-A, pp. 2959–2962. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Direcção-Geral da Saúde (2017). Norma 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-080-22017-pdf.aspx>

- Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Saúde 2004/2010. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol2-Plano-nacional-de-saude-2004-2010.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (2021). Programa Nacional de Saúde 2021/2030. [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)
- Dias L. J. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital prof. doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2(1), 39-40. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73/0>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International journal of nursing studies*, 64, 98–107. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002>
- Faria, S. A. (2019). *Saúde psicológica dos enfermeiros: um estudo sobre burnout e engagement*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/121004>
- Farinhas, G. V., Wendling, M. I., & Dellazzana-Zanon, L. L. (2013). Psychological impact of a cancer diagnosis on the family: a case study on the perception of the caregiver. *Pensando famílias*, 17(2), 111-129. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2013000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009)
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In: C. R. Figley (Ed). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). Brunner-Routledge.
- Figley C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R., & Figley, K. R. (2017). Compassion fatigue resilience. In Seppälä EM, Simon-Thomas E, Brown SL, Worline MC, Cameron CD, Doty JR (Eds), *The Oxford Handbook of Compassion Science*, (pp.1-21). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190464684.013.28>
- Fonseca, C. I., Borges, E. & Batista, P. (2017). Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência hospitalar. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/21098>
- Freitas, A. P. (2021). *Desenvolvendo Competências Especializadas em Enfermagem Médico Cirúrgica: do Cuidado à Pessoa em Situação Crítica ao Cuidado à Pessoa em Situação Paliativa*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/39404>
- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: an EAPC White paper on palliative care education - Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 20(3), 140– 145.
- Gonçalves, J. A. (2011). *Controlo sintomático no cancro avançado*. (2ª ed.). Coisas de Ler.
- Gonçalves, M.M. (2018). Papel da Família. In R. Nunes, F. Rego & G.Rego (Eds.), *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos* (pp. 429-436). Almedina

- Gonçalves, A. R., Galvão, A. M. & Preto, L.S. (2013). *Gestão de stress em enfermeiros perioperatórios*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital. <http://hdl.handle.net/10198/8467>
- Gonçalves, F., & Gaudêncio, M. (2023). Burnout and quality of life in Portuguese healthcare professionals working in oncology and palliative care-a preliminary study. *BMC palliative care*, 22(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01273-7>
- Gorenflo, G., & Moran, J. W. (2012). The ABCs of PDCA. Acedido a 6 de janeiro de 2024, em: [https://www.phf.org/resourcestools/documents/abcs\\_of\\_pdca.pdf](https://www.phf.org/resourcestools/documents/abcs_of_pdca.pdf)
- Hevezi J. A. (2016). Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated With Compassion Fatigue Among Nurses. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 34(4), 343–350. <https://doi.org/10.1177/0898010115615981>
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420–427. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>
- Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 454–458. <https://doi.org/10.1188/14.cjon.454-458>
- Houska, A., & Loučka, M. (2019). Patients' Autonomy At the End of Life: A Critical review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(4), 835–845. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.12.339>
- Hökkä M, Martins Pereira S, Pölkki T, Kyngäs H, Hernández-Marrero P. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine*. 2020; 34(7):851-870. doi:10.1177/0269216320918798
- Huber, D., L. (2006). *Leadership and nursing care management*. (3ª edição). Philadelphia: Saunders.
- Hudson, P. L., Girgis, A., Mitchell, G. K., Philip, J., Parker, D., Currow, D., Liew, D., Thomas, K., Le, B., Moran, J., & Brand, C. (2015). Benefits and resource implications of family meetings for hospitalized palliative care patients: research protocol. *BMC Palliat Care*, 14(73), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0071-6>
- Hutton, A., Veenema, T. G., & Gebbie, K. (2016). Review of the International Council of Nurses (ICN) Framework of Disaster Nursing Competencies. *Prehospital and disaster medicine*, 31(6), 680–683. <https://doi.org/10.1017/S1049023X1600100X>
- Instituto Nacional de Estatística (2022). Portugal em números - In Figures 2021. [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=569039486&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=569039486&att_display=n&att_download=y)
- Jilou, V., Duarte, J. M. G., Gonçalves, R. H. A., Vieira, E. E., & Simões, A. L. A. (2021). Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. *Revista brasileira de enfermagem*, 74(5), e20190628. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628>
- Joinson C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–120.

- Klein, C. J., Rigenbach-Hays, J. J., Sollenberger, L. M., Harney, D. M., & McGarvey, J. S. (2018). Quality of Life and Compassion Satisfaction in Clinicians: A Pilot Intervention Study for Reducing Compassion Fatigue. *The American journal of hospice & palliative care*, 35(6), 882–888. <https://doi.org/10.1177/1049909117740848>
- Koh, M. Y. H., Hum, A. Y. M., Khoo, H. S., Ho, A. H. Y., Chong, P. H., Ong, W. Y., Ong, J., Neo, P. S. H., & Yong, W. C. (2020). Burnout and Resilience After a Decade in Palliative Care: What Survivors Have to Teach Us. A Qualitative Study of Palliative Care Clinicians With More Than 10 Years of Experience. *Journal of pain and symptom management*, 59(1), 105–115. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.008>
- Kristjanson, L. J., & Aoun, S. (2004). Palliative Care for Families: Remembering the Hidden Patients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 359–365. <https://doi.org/10.1177/070674370404900604>
- Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. Lei de Bases de Cuidados Paliativos (2012). Diário da República: I Série, nº 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- Lei n.º 31/2018 da Assembleia da República (2018). Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Diário da República: I série, nº 137. <https://files.dre.pt/1s/2018/07/13700/0323803239.pdf>
- Linton, M., & Koonmen, J. (2020). Self-care as an ethical obligation for nurses. *Nursing Ethics*, 27(8), 1694–1702. <https://doi.org/10.1177/0969733020940371>
- Lluch, C., Galiana, L., Doménech, P., & Sansó, N. (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction in Healthcare Personnel: A Systematic Review of the Literature Published during the First Year of the Pandemic. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(2), 364. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020364>
- Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: a nurse's primer. *Online journal of issues in nursing*, 16(1), 3. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man03>
- Manthey, M. (2014). *A prática do primary nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento*. São Paulo, Brasil: Editora Atheneu.
- Manuelito, C.S. & Carvalho, M. (2016). *Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho, Stress, Ansiedade e Depressão em Profissionais de Cuidados Pré-Hospitalares/Emergência*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona. <https://core.ac.uk/download/pdf/48585215.pdf>.
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional [Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level]. *Acta medica portuguesa*, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>
- Martins, T., & Brito, A. (2021). Autocuidado: uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. In: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Autocuidado: um foco central da Enfermagem (pp. 5-14). ESEP. <https://doi.org/10.48684/xj5h-5w04>
- Maslach, C. (2017). Finding solutions to the problem of burnout. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 69(2), 143–152. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/cpb0000090>

- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1–16). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.1201/9780203741825>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, *52*, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, *2*(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health affairs*, *30*(2), 202–210. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100>
- McHugh, M. C. (2014). Feminist qualitative research: Toward transformation of science and society. In P. Leavy (Ed.), *The Oxford handbook of qualitative research* (pp. 137–164). Oxford University Press.
- Miller, J. J., & Grise-Owens, E. (2019). Self-Care: An Imperative. *Social work*, *65*(1), 5–9. <https://doi.org/10.1093/sw/swz049>
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, *5*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Neto, I. G. (2016a). Modelos de controlo sintomático. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 43–48). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2016b). Cuidados na Agonia. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 317–330). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: Limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, *16*(1), 41-50.
- Nunes, L. (2016). Regulação Profissional: Atos profissionais em debate. *Enfermagem em Foco*, p. 14- 18. <http://hdl.handle.net/10400.26/19423>
- Organização Mundial de Saúde (2020). Tópicos de saúde/Cuidado paliativo. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Organização Mundial de Saúde (2022). Definition of Palliative Care. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Organização Mundial de Saúde (2023). Fact sheets. Palliative Care. Key Facts. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional, Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Codigo Deontologico.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Codigo%20Deontologico.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. ponto-2\_padroes-qualidade-emc\_rev.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 429/2018). Diário da República: 2ª série, n.º 135, pp. 19359-19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019). Diário da República: 2ª série, n.º 26, pp. 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem Médico -Cirúrgica (Aviso n.º 4511/2021). Diário da República: 2ª série, n.º 49, pp.142-162. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/4511-2021-159219809>
- Orem, D. E. (1985). A concept of self-care for the rehabilitation client. *Rehabilitation Nursing Journal*, 10(3), 33–36. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1985.tb00428.x>
- Pacheco, L. S. P., Santos, G. S., Machado, R., Granadeiro, D. S., Melo, N. G. S., & Passos, J. P. (2020). The nurse's effective communication process with the patient in palliative care. *Research, Society and Development*, 9(8),1-15. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6524>.
- Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 15(7), 1905–1933. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003309>
- Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2011). Burnout in palliative care: a systematic review. *Nursing ethics*, 18(3), 317–326. <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>
- Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing forum*, 53(4), 466–480. <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>
- Pinto, C. (2014). A relação de ajuda nos cuidados paliativos: a abordagem humanista de Carl Rogers. *Revista Cuidados Palitivos*, 1(1), 62-69.

- Pinto, S. (2018). *Burnout e os Profissionais de Saúde*. In R. Nunes, F. Rego & G. Rego (Eds.), *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos* (pp. 49-56). Almedina
- Pinto, S.M. (2012). *A Espiritualidade e a Esperança da Pessoa com Doença Oncológica- Estudo Numa População de Doentes em Quimioterapia*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63765/2/Sara%20PintoMCPDisserta8710o.pdf>
- Pinto, S., Lopes, S., De Sousa, A. B., & Gomes, B. (2023). Preferences about place of end-of-life care and death of patients with life-threatening illnesses and their families: a protocol for an umbrella review. *BMJ Open*, 13(3), e066374. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066374>
- Pinto, S., Lopes, S., De Sousa, A. B., Delalibera, M., & Gomes, B. (2024). Patient and family preferences about place of end-of-life care and death: An umbrella review. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.01.014>
- Portaria n.º 340/2015. Regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos (2015). Diário da República n.º 197, Série I, pp. 8732 – 8738. <https://data.dre.pt/eli/port/340/2015/10/08/p/dre/pt/html>
- Portaria n.º 165/2016. O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e reforçar o poder do cidadão no Serviço Nacional de Saúde (SNS), promovendo a humanização dos serviços (2016). Diário da República n.º 112, Série I, pp. 1821 – 1825. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/165-2016-74671910>
- Potra, T. M. F. S. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem*. [Dissertação de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/20608>
- Potter, P., Deshields, T., Berger, J. A., Clarke, M., Olsen, S., & Chen, L. (2013). Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncology nursing forum*, 40(2), 180–187. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.180-187>
- Querido, A., & Guarda, H. (2016). Hidratação em fim de vida. In A. Barbosa, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 309-320). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Universidade de Lisboa.
- Ratner, S., & Pignone, M. (2019). Quality Improvement Principles and Practice. *Primary care*, 46(4), 505–514. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.07.008>
- Redmond, M., & Martin, B. (2023). All in the (Definition of) Family: Transnational Parent–Child Relationships, Rights to Family Life, and Canadian Immigration Law. *Journal of Family Issues*, 44(3), 766–784. DOI: 10.1177/0192513X211054461
- Rego, A., & Coelho, P. (2017). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 59(5-6), 68–75. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>
- Reigada, C. M. T. (2010). *Indicadores de capacidade de cuidar, em famílias de doentes oncológicos paliativos*. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa].

- Sabo B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work?. *International journal of nursing practice*, 12(3), 136–142. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00562.x>
- Ribeiro, C. D. (2017). *Necessidades da pessoa em situação paliativa: Perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18190>
- Ryan K, Connolly M, Charnley K, Ainscough A, Crinion J, Hayden C, Keegan O, Larkin P, Lynch M, McEvoy D, McQuillan R, O'Donoghue L, O'Hanlon M, Reaper-Reynolds S, Regan J, Rowe, D, Wynne M; Palliative Care Competence Framework Steering Group. (2014). *Palliative Care Competence Framework*. <http://hdl.handle.net/10147/322310>
- Sapeta, P., Centeno, C., Belar, A., & Arantzamendi, M. (2022). Adaptation and continuous learning: integrative review of coping strategies of palliative care professionals. *Palliative medicine*, 36(1), 15–29. <https://doi.org/10.1177/02692163211047149>
- Santos, J. (2023). Advanced Nursing: remembering the past, appreciating the present and perspecting the future. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 84–91. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *Journal of pain and symptom management*, 50(2), 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
- Saunders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*, 41(1), 7–13. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00110-5)
- Saunders, C. (2001). The evolution of palliative care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(9), 430–432. <https://doi.org/10.1177/014107680109400904>
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*, 24(2), 91–96. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00440-2)
- Sereno, S., Matias, D., Trindade, I., Ressurreição, J., Araújo, R., Fernandes, S. & Capelas, M. (2022). PPS PT- Escala de Avaliação do Desenvolvimento do Doente em Cuidados Paliativos. Lisboa: Observatório Português dos Cuidados Paliativos
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de ajuda*. (1ª ed.). Edição Lidel
- Silva R., Paiva, M., Vital, F., Moura, M., Lourenço, J. (2022). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022, Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative medicine*, 31(5), 437–447. <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>

- Sousa, T. A. D. (2012). *Competências de liderança nas chefias de enfermagem*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/73544>
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2nd ed.). Pocatello: ProQOL.org.
- Subtil, C. L. (2017). Preocupaciones e incertidumbres bajo lamirada de la história de la enfermeira. *Cultura de los cuidados*, (48), 16-22. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69268/1/CultCuid\\_48\\_02.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69268/1/CultCuid_48_02.pdf)
- Van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PloS one*, 10(8), e0136955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>
- Vaz, L. P. (2020). *Comunicação em Cuidados Paliativos: O sentir dos profissionais de saúde*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/131114>
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas processes as a disciplinar guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 129-135. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>
- Wentzel, D., & Brysiewicz, P. (2017). Integrative Review of Facility Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nurses. *Oncology nursing forum*, 44(3), E124–E140. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.E124-E140>
- Xie, W., Chen, L., Feng, F., Okoli, C. T. C., Tang, P., Zeng, L., Jin, M., Zhang, Y., & Wang, J. (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 120, 103973. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>

## APÊNDICES

---

## Apêndice A - Desenho do projeto aprovado pelo Conselho Técnico-Científico da ESEP



MOD.137.02

Admissão à dissertação/trabalho de projeto/estágio de natureza profissional

Nome: Alzira Maria Gomes Pinheiro (ep10636)

Curso: Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Admissão a Estágio de natureza profissional

Proposta de tema: Autocuidado dos enfermeiros que exercem em cuidados paliativos:  
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa

Plano:

ENQUADRAMENTO: Os profissionais de saúde são, frequentemente, confrontados com pessoas em situação paliativa e/ou em fase terminal. Os Cuidados Paliativos (CP) são, portanto, uma área onde existe especial exposição ao sofrimento e vulnerabilidade humanas, nomeadamente o processo de morrer e a morte.(1,2,3) Assim, estes profissionais, nomeadamente os enfermeiros, estão particularmente expostos ao burnout e fadiga por compaixão, pelo que o autocuidado é central.(1) O autocuidado pode ser definido como uma prática de atividades relacionadas com a preservação do sentido da vida, manutenção da saúde e do bem-estar,(4) pelo que o autocuidado dos profissionais deve ser uma prática contínua.

O enfermeiro especialista é responsável por reconhecer os efeitos da natureza do cuidar na pessoa nesta fase da vida e por responder eficazmente. As estratégias de autocuidado são um dos critérios de avaliação para minimizar os fatores geradores de stress nos diversos intervenientes do processo de cuidar.(5) Este é um assunto que nos é particularmente sensível, pessoal e profissionalmente, na medida em que passamos, recentemente, por um processo de perda e luto que marcou a nossa vida e o nosso exercício profissional. A nível profissional, não deixa de ser paradoxal que sendo a Teoria do Défice de Autocuidado um referencial central na prática de cuidados de enfermagem,(4) e o autocuidado e bem-estar um domínio dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros,(6) o tema seja ainda tão pouco explorado e aprofundado no que concerne ao autocuidado dos enfermeiros. Assim, acreditamos, que esta temática será relevante aos mais diversos níveis, nomeadamente para os enfermeiros das equipas de trabalho que iremos integrar.

OBJETIVOS GERAIS (OG) E ESPECÍFICOS (OE) E ATIVIDADES INERENTES:

OG: Promover o autocuidado dos profissionais de saúde que cuidam de pessoas em CP.

OE1: Explorar, na literatura científica, a temática do autocuidado dos enfermeiros que exercem em CP, mediante revisão da literatura sobre o tema.

OE2: Desenvolver um projeto de melhoria contínua centrado no autocuidado dos enfermeiros, em CP, mediante projeto de melhoria contínua conforme modelo proposto pela Ordem dos Enfermeiros (diagnóstico de situação; ação de sensibilização dos enfermeiros das equipas para a temática, uma por cada contexto de estágio; elaboração de guia de boas práticas sobre autocuidado dos profissionais; sessão de intervenção de autocuidado com ambas as equipas).(7)

A monitorização do projeto será assegurada mediante objetivos temporais previamente definidos, supervisionados pela orientadora do projeto. Para o OE1 definiu-se a sua concretização até 30 de outubro de 2023 e para OE2, tendo em conta as atividades inerentes e os seus timings, até dia 26 de janeiro de 2024.

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 830 // 4200-072 Porto // Tel.: 225096337 // esep@esenf.pt // www.esenf.pt 1 / 2



Admissão à dissertação/trabalho de projeto/estágio de natureza profissional

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hussain F. A. (2021). Psychological challenges for nurses working in palliative care and recommendations for self-care. *British Journal of Nursing*, 30(8), 484–489. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.8.484>
2. Vaz, L. P. (2020). Comunicação em Cuidados Paliativos: O sentir dos profissionais de saúde. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em <https://hdl.handle.net/10216/131114>
3. Faria, S. A. (2019). Saúde psicológica dos enfermeiros: um estudo sobre burnout e engagement. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Disponível em <https://hdl.handle.net/10216/121004>
4. Orem, D. (1991). *Nursing: concepts of practice* (6 ed.). St. Louis: Mosby Inc.
5. Regulamento N.º 429/2018 de 16 de julho. Anexo III. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Diário da República, 2ª série. N.º 135 de 16 de julho de 2018. pp. 19359. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
6. Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>
7. Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional, Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Guião para elaborac\\_ão projetos qualidade SRS.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Guião para elaborac_ão projetos qualidade SRS.pdf)

Proposta de Orientador da ESEP: Professora Doutora Sara Pinto

Preencher, se aplicável:

Proposta de co-orientador da ESEP:

Proposta de Co-Orientador externo à ESEP:

Nome:

Instituição:

Grau académico:

X Declaro que a proposta de orientador é do conhecimento do coordenador do curso.

Declaro que a proposta de orientador não é do conhecimento do coordenador do curso Data: 04/07/2023

# Apêndice B – Apresentação do projeto à equipa

1

2

5

6

3

4

7

8

## Fadiga por compaixão

É estado de exaustão, associado a disfunção biológica, psicológica e social, sendo descrita como um estado de empatia induzido em resultado da exposição contínua ao sofrimento, existindo uma perda acentuada de energia emocional e física relacionada com o trabalho (Fleury, 2019; Stamm, 2010).

Fleury, C. (2019). Compaixão: origem, desenvolvimento e consequências. In: *Atos do 1º Encontro Nacional de Psicologia da Saúde*. Rio de Janeiro: ABPp.

Stamm, B. (2010). *The Caregiver's Burden: Assessment, Consequences, and Help for the Overburdened*. New York: Guilford Press.

9

## Quadro 1: Diferença entre os conceitos de burnout e fadiga por compaixão

Burnout	Fadiga por compaixão
Três componentes: esgotamento emocional, cinzento e despersonalização, e falta de realização.	Três componentes: esgotamento emocional, cinzento e despersonalização, e falta de realização.
Decorre da exposição crónica a situações de stress no trabalho.	Decorre da exposição crónica a situações de stress no trabalho.
Envolvimento emocional, intelectual e social reduzido.	Envolvimento emocional, intelectual e social reduzido.
Envolvimento emocional, intelectual e social reduzido.	Envolvimento emocional, intelectual e social reduzido.
Envolvimento emocional, intelectual e social reduzido.	Envolvimento emocional, intelectual e social reduzido.

10

## Estratégias de Autocuidado

- Realizar exercícios físicos, manter uma boa alimentação (Stark, 2012; Taylor, 2016)
- Realizar atividades que promovam o bem-estar, como a leitura (Ryff, 2014; Taylor, 2016)
- Realizar atividades que promovam o bem-estar, como a leitura (Ryff, 2014; Taylor, 2016)
- Realizar atividades que promovam o bem-estar, como a leitura (Ryff, 2014; Taylor, 2016)
- Realizar atividades que promovam o bem-estar, como a leitura (Ryff, 2014; Taylor, 2016)
- Realizar atividades que promovam o bem-estar, como a leitura (Ryff, 2014; Taylor, 2016)

Taylor, S. E. (2016). *Health Psychology: Theory and Research*. New York: Guilford Press.

13

## Perceber as causas

Alguns dos problemas/ fatores identificados nas equipas e que predispõe ao desenvolvimento de burnout e fadiga por compaixão:

- Falta de conhecimento sobre o tema;
- Riscos de enfermagem não ajustados face à necessidade da equipa e à elevada carga de trabalho;
- Ambiente e conflitos nas equipas;
- Falta de apoio dos chefes;
- Lidarem com o sofrimento dos doentes e da família.

14

## Perceber e dimensionar o problema

**Profissionais de Saúde, no geral:**

- Burnout: 12,3% vs. fadiga por compaixão: 7,3 a 40% (Pardo et al., 2017; Van Mal et al., 2015)

**Enfermeiros:**

- Burnout é de 26,64% vs fadiga por compaixão 7,3% e 44,8% (Xie et al., 2021)

**Em Cuidados Paliativos**

- Burnout - 18,6% (Pardo et al., 2017; Koh, et al., 2019)
- Fadiga por compaixão - 29,1% (Carvalho, 2011; Cruz, 2014)

Pardo, V. (2017). *Impacto do burnout e da fadiga por compaixão na qualidade de vida dos profissionais de saúde*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade Nova de Lisboa.

11

## O burnout e a fadiga por compaixão, nas equipas de cuidados paliativos, tem um impacto negativo na qualidade de vida dos profissionais e no seu desempenho, colocando em risco a segurança dos doentes (Jilou, et al., 2021).

Jilou, M. (2021). *Impacto do burnout e da fadiga por compaixão na qualidade de vida dos profissionais de saúde*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade Nova de Lisboa.

12

## Planear e executar as tarefas

**Atividades planeadas:**

- Apresentação do projeto à equipa.
- Avaliação de sessão de apresentação através da aplicação de um questionário.

15



## Obrigada pela atenção disponibilizada

Aliza Pinheiro – aliza.maria.gomes@gmail.com

16

## Apêndice C– Questionário de avaliação da sessão de apresentação

**Apresentação de um projeto de melhoria contínua da qualidade com o tema:  
Autocuidado dos enfermeiros em cuidados paliativos**  
(a participação neste questionário é de caráter anónimo)

Numa escala de 0 a 5, em que o 0 significa nada importante e 5 muito importante:

	0	1	2	3	4	5
Quão importante é, para si, explorar a prevalência de burnout e fadiga por compaixão no seu serviço?						
Quão importante é, para si, desenvolver um plano de prevenção do burnout/fadiga por compaixão, nomeadamente mediante estratégias de autocuidado?						
Que estratégias de autocuidado funcionariam melhor para si e para a sua equipa? (campo aberto)						

## **Apêndice D – Estudo de Caso UCP**

(Este estudo de caso segue o referencial proposto pela plataforma *e4Nursing* da Escola Superior de Enfermagem do Porto, n qual se encontra alocado o documento original).

### **1. CASO CLÍNICO SENHORA S. - UCP**

Senhora S.

#### **1.1. Enquadramento teórico**

##### **Caso Clínico**

Doente do sexo feminino, com 33 anos de idade, vive com o marido, Senhor M, e tem dois filhos. Como antecedentes pessoais apresenta hipotireoidismo. A doente e família não são de nacionalidade portuguesa, vieram uma semana antes do internamento para passar férias. No entanto, posteriormente a doente referiu que vieram à procura de cuidados de saúde diferenciados e de uma possível cura.

Em 2019 a doente é diagnosticada com um carcinoma da mama direita, tendo sido submetida a uma mastectomia, seguida de quimioterapia e radioterapia e posteriormente iniciou medicação hormonal. Em julho de 2022 é evidenciada a recidiva da doença, com metastização hepática, iniciando um novo ciclo de quimioterapia. Mais tarde foram verificadas metástases ósseas, tendo-se mantido em tratamentos até junho de 2023. Nos exames de controlo, foi sendo sempre demonstrada a progressão da doença.

A Senhora S. chega a Portugal a 11 de setembro de 2023, e dá entrada no serviço de urgência com um quadro de febre e dor abdominal. Seguiram-se os exames complementares de diagnóstico e terapêutica, que relataram extensa metastização hepática, pulmonar, óssea, peritoneal e ganglionar à esquerda e ainda um derrame pleural bilateral.

É admitida no serviço de cuidados paliativos a 28 de setembro de 2023, com diagnóstico de neoplasia da mama em estadio IV com metastização hepática, óssea, pulmonar e ganglionar. O objetivo deste processo de internamento visa o controlo de sintomas e a organização de cuidados.

## Família

A família é a principal afiliação social do indivíduo e a unidade pela qual a sociedade se reproduz, assegurando a sua continuidade (Gavriel-Fried & Shilo, 2016). A família deve ser definida com base na conexão legal ou biológica, mas também como resultado da natureza da relação entre os seus membros (Redmond & Martin, 2023). Ao longo dos tempos, a definição tradicional de família tem sido desafiada, pelo que atualmente, o conceito é definido como, quaisquer duas ou mais pessoas que estão relacionadas entre si pelo nascimento, casamento, adoção ou escolha e que compartilham experiências, laços emocionais, sociais e responsabilidades variadas (Gavriel-Fried & Shilo, 2016).

A família da Senhora S. é considerada uma família nuclear, uma vez que é constituída pelo marido, esposa e pelos filhos (International Council of Nurses [ICN], 2019). Pode-se verificar a representação gráfica desta informação, esplanada no genograma a seguir (Figura 1).

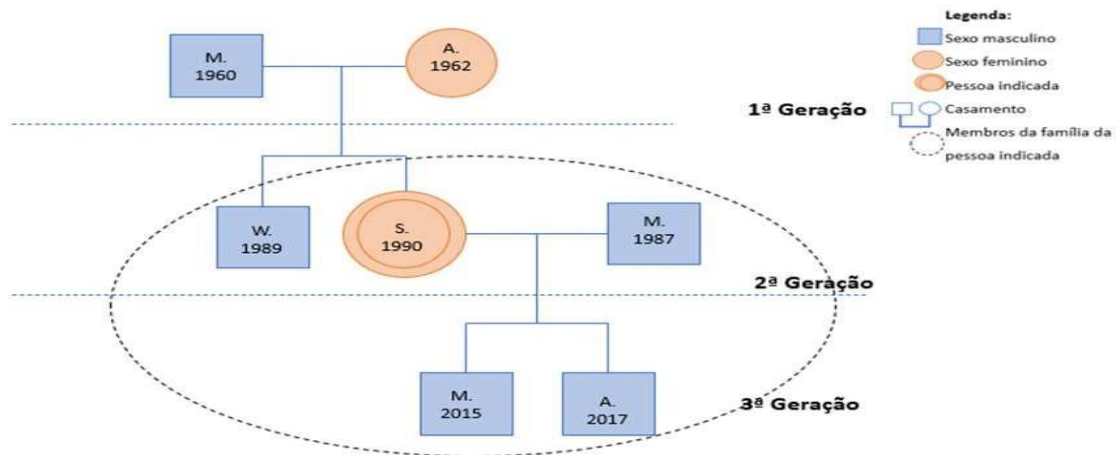


Figura 1: Genograma da família (elaboração própria).

## Cancro da mama

O cancro da mama é a doença oncológica que tem mais incidência em Portugal, por isso, é considerada uma doença da civilização atual, afetando maioritariamente as mulheres. Existem cerca de 6000 novos casos por ano com 1600 mortes anuais (Galvão & Baptista, 2022; Silva et al., 2018). A sua incidência e mortalidade estão também relacionadas com o desenvolvimento económico e com o estilo de vida adotado (Abreu, 2020). Nos últimos anos, tem sido considerada uma doença heterogénea, multifatorial e muito prevalente (Batista & Braga, 2020).

Neste sentido, existem vários fatores de risco associados ao cancro da mama, não sendo possível na maioria dos casos determinar um fator de risco que se relacione de forma específica (Abreu, 2020). Atualmente, a etiologia deste cancro está associada a vários fatores, tais como: Fatores hormonais, associados a uma menarca precoce, a uma menopausa tardia e também à primeira gestação após os 30 anos; Fatores comportamentais, como os hábitos alimentares e a falta de exercício físico; E ainda fatores ambientais, sociodemográficos e psicológicos (Rockenbach et al., 2010; OMS, 2019). No que diz respeito à anatomia, de uma forma muito sintética, as mamas são duas glândulas onde a sua principal função é a produção de leite para a lactação (Moreira, 2017). Cada mama é composta por tecidos que a sustentam e também por outros tecidos, tais como: a gordura, os nervos, os vasos sanguíneos, os lobos e os ductos (Santos, 2021).

De acordo com Ribeiro (2020), a medicina tem vindo a personalizar o tratamento do cancro da mama há mais de 30 anos, pela descoberta do recetor de estrogénio (RE), sendo a sua utilização um alvo terapêutico. A descoberta do oncogene e fator de crescimento epidérmico 2 (HER2), revelou ter um papel fundamental para o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas e, consequentemente no prognóstico dos utilizadores.

Quanto à sua classificação, é essencial que se faça a definição das características morfológicas do tumor, quanto à sua histologia e grau. Assim sendo, o cancro da mama não pode ser considerado uma entidade patológica única (Ribeiro, 2020). Segundo o mesmo autor, na atualidade o cancro da mama é visto como uma doença heterogenia onde os diferentes tipos de tumor apresentam características histopatológicas e biológicas, que variam bastante.

Para Ribeiro (2020), o cancro da mama é caracterizado face aos recetores hormonais, em 3 grupos, sendo eles, fator de crescimento epidérmico 2 (HER2), recetor de estrogénios alfa (RE) e recetores de progesterona (RP). O cancro da mama pode metastizar com frequência para os ossos, fígado, pulmão, cérebro e gânglios linfáticos. Desta forma, para definir o seu estadiamento são incluídas informações sobre os dados anatómicos e o prognóstico relacionado com a biologia do tumor (Cruz & Ferreira, 2020).

Atualmente, existem diversos tratamentos cirúrgicos para o cancro da mama, podendo ser efetuada a cirurgia conservadora, que consiste na ressecção parcial da mama, ou de forma mais radical, a mastectomia, que é realizada em casos de cancros mais invasivos e que localmente se encontra mais avançados, podendo ser complementada com quimioterapia neoadjuvante (Alves e Bártolo, 2020).

Neste caso clínico, a Senhora S., foi submetida a uma mastectomia direita, que segundo a literatura, pode-se perspetivar que já seria uma doença localmente avançada. Em 2019, existiu a confirmação da evolução da mesma, e a doença progrediu para um estadio IV, com metastização hepática, pulmonar e ganglionar. A evolução favoreceu o aparecimento de vários sintomas associados, tais como, dor, ascite, icterícia e edemas. O principal objetivo do tratamento paliativo visou a tentativa de impedir a progressão da doença, o alívio dos sintomas e do sofrimento inerentes à evolução da doença.

## 1.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 33 anos | Feminino

### Cuidador

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Parentesco: cônjuge.

28-09-2023 16:00 - Coabita com a pessoa dependente.

28-09-2023 16:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo. 28-09-2023 16:00 - Dificuldade do cuidador em reter nova informação.

28-09-2023 16:00 - Dificuldade do cuidador em recuperar informação.

28-09-2023 16:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar parcialmente.

## 1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-09-28 16:00:00	Fentanilo 25ug TD (3/3dias) - 09h	
2023-09-28 16:00:00	Paracetamol 1G PO - SOS	
2023-09-28 16:00:00	Morfina 5mg SC - SOS até 6xdia	
2023-09-28 16:00:00	Diclofenac 50 mg SC - SOS até 3xdia	
2023-09-28 16:00:00	Metoclopramida 10mg SC - SOS se náusea	
2023-09-28 16:00:00	Lactulose 15ml PO - 9h e 19h	

### **1.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita**

A medicação constitui-se uma medida importante no controlo sintomático dos clientes, pelo que é fundamental o conhecimento acerca da sua farmacodinâmica, farmacocinética e consequente, vigilância após a administração. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional para a Prática de enfermagem (REPE), no artigo 9º, está descrita a tipologia de intervenções de enfermagem. Neste sentido, a administração de medicação corresponde a uma intervenção interdependente, pelo que procedemos à “administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detemos, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”.

Desta forma, segue uma breve abordagem à medicação (com base no Infarmed) que a senhora S. tinha prescrita:

#### **Fentanilo:**

O fentanilo é um opioide sintético usado para a dor moderada a intensa. O adesivo transdérmico de fentanil é aplicado na pele e renovado a cada 72 horas, permitindo uma libertação lenta do fármaco ao longo do tempo, ajudando a manter níveis consistentes de analgesia.

A Senhora S. já se encontrava medicada com este fármaco, previamente, tendo sido mantida de modo a ajustar a dosagem e/ou ponderar rodar o opioide e a via de administração

#### **Paracetamol:**

O Paracetamol é um medicamento que tem ação analgésica e antipirética, sendo uma excelente opção como adjuvante para o tratamento da dor, visto não apresentar efeitos indesejáveis de relevância. Contudo pode causar alterações das funções hepática e renal.

#### **Morfina:**

A Morfina é um analgésico opioide. Indicada no tratamento da dor moderada a severa. Tem um tempo de semivida de aproximadamente 2,5 a 3 horas e é metabolizada essencialmente pelo fígado. Tem reações adversas como a obstipação, sedação, confusão e depressão respiratória. A morfina não apresenta teto terapêutico, pelo que o seu limite é delimitado através do controlo de sintomas ou quando é detetada alguma toxicidade.

Na senhora S., encontra-se prescrito para controlo da dor e da dispneia.

**Diclofenac:**

O diclofenac é um medicamento que apresenta ação analgésica, anti-inflamatória e antipirética. No caso da Senhora S. está prescrito pela sua ação antipirética, e por via subcutânea. Esta medicação é uma das que requer um acesso único para a sua administração pela sua incompatibilidade com vários fármacos que estão prescritos.

**Metoclopramida:**

A metoclopramida é um antiemético estimulante da motilidade gastrointestinal superior, que atua essencialmente, no bloqueio dos recetores centrais e periféricos da dopamina. Deste modo, estimula a motilidade do trato gastrointestinal superior, aumenta a pressão no esfíncter esofágico inferior, acelera o esvaziamento do estômago e aumenta o trânsito intestinal. Está indicado no controlo da náusea, refluxo gastroesofágico e vômito.

Neste caso clínico, o fármaco encontra-se prescrito, uma vez que a Senhora S. apresenta sintomas como náuseas e vômitos.

**Lactulose:**

A lactulose é um laxante hiperosmótico, usado maioritariamente, no tratamento da obstipação. No entanto, em CP o uso de laxantes tem uma ação preventiva, uma vez que um dos efeitos mais comuns dos opióides é a obstipação. Esta condição clínica pode causar efeitos e/ou sintomas, tais como: cólicas, distensão abdominal e flatulência. Assim sendo, a utilização deste fármaco passa a ter enfoque na prevenção de complicações associadas à administração de outros fármacos.

Na senhora S., encontra-se prescrito para prevenir e/ou tratar a obstipação, uma vez que lhe é administrada Morfina para controlo sintomático.

**1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica****Atitudes terapêuticas**

28-09-2023 16:00

**28-09-2023 16:00 - Oxigenoterapia**

28-09-2023 16:00 - FiO2: 24 %.

28-09-2023 16:00 - Débito de oxigénio: 1.00 L/min.

28-09-2023 16:00 - Assegurar oxigenoterapia

28-09-2023 16:00 - Manter oxigenoterapia [Sem horário]

28-09-2023 16:00 - Promover autogestão: oxigenoterapia

## **Sondas, Drenos e Cateteres**

28-09-2023 16:00

### **28-09-2023 16:00 - Cateter subcutâneo**

28-09-2023 16:00 - Localização do cateter subcutâneo 28-09-2023 16:00 – Braço Direita(o)

28-09-2023 16:00 - Características do dispositivo: Abocath nº24.

28-09-2023 16:00 - Braço Esquerda(o)

28-09-2023 16:00 - Características do dispositivo: Abocath nº24 (para diclofenac).

### **28-09-2023 16:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

28-09-2023 16:00 - Otimizar cateter subcutâneo [Sem horário]

### **28-09-2023 16:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [Sem horário]

### **28-09-2023 16:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo**

28-09-2023 16:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [Manhã]

28-09-2023 16:00 - Trocar cateter subcutâneo [SOS]

## **1.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

### **Oxigénio**

A administração de oxigénio é uma das terapias utilizadas para o alívio da dispneia e correção de níveis de oxigénio na corrente sanguínea. Em Cuidados Paliativos, a oxigenoterapia é equacionada no tratamento de um sintoma refratário ou mesmo a pedido do doente, para aumento do conforto do mesmo. Neste nível de cuidados, a sua administração pode ser efetuada com base no controlo do próprio sintoma, e não pela oximetria de pulso (Alves et al., 2018; Duarte et al., 2022).

A Senhora S., apresenta períodos de dispneia com dessaturação para esforços, motivo pelo qual apresenta oxigénio prescrito, aumentando, também, o conforto da doente.

### **Cateter subcutâneo**

A via oral é a via preferencial em CP, quer por ser fisiologicamente mais simples, quer por ser menos invasiva. No entanto, há casos particulares em que a via oral não é uma opção segura e/ou viável, seguindo-se a via alternativa nesta área de cuidados, a via subcutânea (Simão et al., 2021).

A via subcutânea tem diversas vantagens, podendo destacar-se: um menor risco associado à infecção pelo dispositivo, a possibilidade de um controlo de sintomas mais eficaz, é menos agressiva e dolorosa, permite a administração de fármacos de forma segura, bem como soros (hipodermóclise) (Pontalti et al.,2012; Simão et al., 2021).

No entanto, existem algumas contraindicações para a utilização desta via, sendo elas: aparecimento de soluções de continuidade da pele, locais irradiados, hemorragia severa, desidratação severa, trombocitopenia e, em casos mais graves, ocorrência do estado de choque (Pontalti et al., 2012).

Por esta via de administração, existem algumas especificidades associadas, nomeadamente a compatibilidade dos fármacos, onde por exemplo a dexametasona, diclofenac e o fenobarbital, carecem de um cateter para a administração isolada. Outra especificação tem a ver com o volume dos solutos, que não deve ultrapassar os 3000ml/h, sendo que devem ser divididos em dois locais diferentes (Pontalti et al.,2012). Anatomicamente pode-se puncionar a região abdominal/peri-umbilical (até 1000cc); deltoide (até 250cc); supra-mamária (até 250cc); infraescapular (até 1000cc) e coxas (até 1500cc) (Simão et al., 2021).

Aquando da utilização da via subcutânea podem surgir complicações associadas tais como: dor, eritema, prurido, infecção e inflamação do local onde existe a punção (Pontalti et al.,2012 ).

### 1.5. Domínios

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
28-09-2023 16:00	Apetite	
28-09-2023 16:00	Eliminação intestinal	
28-09-2023 16:00	Volume de líquidos	
28-09-2023 16:00	Emoção	
28-09-2023 16:00	Transferir-se	
28-09-2023 16:00	Cuidar da higiene pessoal	
28-09-2023 16:00	Andar	
28-09-2023 16:00	Alimentar-se	
28-09-2023 16:00	Atitudes terapêuticas	
28-09-2023 16:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
28-09-2023 16:00	Sistema respiratório	
28-09-2023 16:00	Conservação de energia	
28-09-2023 16:00	Sensações somáticas	
28-09-2023 16:00	Digestão	

### **1.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico**

#### **Apetite [comprometido]**

A alteração do apetite num doente oncológico é uma situação comum, nomeadamente numa fase avançada e disseminada da doença. A Síndrome de Anorexia-Caquexia (SAC) ocorre de uma combinação sinérgica, onde existe diminuição do apetite, do anabolismo e também um aumento do catabolismo, o que resulta numa gradual perda ponderal (Pina, 2016).

De acordo com Pina (2016), a SAC é uma síndrome complexa, de natureza multifatorial, acompanhada de anorexia, caquexia, astenia, náuseas, vómitos, obstipação, dor e dispneia, sintomas estes presentes nesta doente. A Senhora S., apresentava diminuição do apetite, no entanto alimentava-se progressivamente, com alimentos trazidos do domicílio pela família, e por vezes, comia os alimentos que a instituição fornecia.

#### **Eliminação Intestinal – Obstipação**

A obstipação é outro dos sintomas mais comuns em cuidados paliativos, causando grande desconforto nos doentes (Pina, 2016). No caso da Senhora S., existe uma doença com estadios avançados, onde a obstipação tem uma etiologia multifatorial.

A doente em estudo tem prescrição de opioides, uma vez que apresenta doença disseminada na região abdominal, nomeadamente implantes abdominais, alguns deles a causarem alguma compressão ao nível intestinal. Assim sendo, o descontrolo deste sintoma pode agudizar outros, sobretudo a dor, distensão abdominal, náuseas, vómitos e anorexia, tendo um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes (Pina, 2016).

No caso da Senhora S., este era um sintoma que lhe causava bastante sofrimento, por isso, a doente solicitou algumas vezes para que lhe fossem removidas fezes mecanicamente, sendo esta também uma situação acompanhada de muito desconforto e dor. Além do laxante prescrito, foi necessário, por vezes, administrar fármacos um pouco mais agressivos de modo, a favorecer a regulação do trânsito intestinal e aumentar o conforto.

#### **Sensações somáticas - Dor**

A dor é um dos sintomas mais frequentes em doentes com cancro, especialmente numa fase mais avançada da sua doença. Por isso, é descrita como um dos sintomas que causa mais angústia, tendo um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes, essencialmente, quando mal controlada (Barata et al., 2016).

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial.

A dor, nomeadamente dor abdominal foi um dos sintomas com impacto negativo na doente em estudo. Existiram várias tentativas de controlo da dor com a medicação prescrita, incluindo a necessidade de alternar a via de administração do opióide, durante o internamento. Neste caso, a Senhora S. apresentava um selo de fentanilo prescrito com horário fixo, e em SOS, tinha prescrição de morfina. Uma vez que a doente não tinha dor controlada, havia a necessidade de administrar vários SOS por dia, chegando a fazer seis doses de resgate em 24 horas.

Assim sendo, a equipa médica decidiu colocar uma perfusão de morfina, contínua, no sentido de obter um melhor controlo da dor, minimizando os episódios de picos de dor e consequentemente aumentar o conforto da doente.

### **Sistema Respiratórios - Dispneia**

A dispneia é um processo do sistema respiratório comprometido e pode ser definida como o movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, falta de ar, associado a sensações de desconforto e esforço crescente e ansiedade (ICN, 2019). É um dos sintomas mais descritos por doentes em CP, cerca de 29-74%, associado a mau prognóstico (Freire, 2021). É uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, que não se relaciona com dados objetivos com a oximetria ou a frequência respiratória (Barbosa et al., 2016).

Este é um dos sintomas presentes na doente, que se conseguiu controlar com o oxigénio, que a doente ia gerindo conforme a necessidade, com a medicação e com a gestão dos esforços, não esquecendo que a Senhora S. apresentava metástase pulmonar e um derrame pleural.

### **Digestão – Náusea e Vômito**

As náuseas e os vômitos são sintomas habitualmente presentes em cuidados paliativos, nomeadamente em pessoas onde existe progressão da doença, e há repercussões na qualidade de vida dos doentes (Pina, 2016).

A doente em estudo apresentava valores analíticos de citólise hepática e consequentemente insuficiência hepática. Esta alteração significativa é provocada pela metástase hepática e pelo quadro de infeção de colecistite que ficou resolvido antes da admissão no serviço de cuidados paliativos. Contudo, conseguiu-se alívio destes sintomas com a medicação prescrita, ao longo do internamento.

### **Volume de líquidos – Edema e Ascite**

A presença de edemas em doentes em cuidados paliativos está presente nas várias fases da evolução da doença (Carvalho, 2016). Segundo Carvalho (2016), o edema pode estar localizado ou generalizado, podendo apresentar-se como derrame e quando estas entidades ocorrem em simultâneo estão associadas a um mau prognóstico, como é o caso da doente deste estudo de caso que apresenta edemas dos membros inferiores, ascite e derrame pleural.

De acordo com a mesma autora, os edemas localizados na parte inferior do tronco são comuns nos últimos dias de vida, seja qual for a doença em curso. A ascite é comum nos doentes com insuficiência hepática terminal, sendo que cerca de 10% dos episódios de ascite tem origem maligna pela carcinomatose peritoneal ou metastização hepática. No entanto, existe uma incidência elevada em doentes com cancro da mama (Carvalho, 2016). A presença de derrame pleural é secundária à doença metástica, sendo que 40% dos derrames pleurais são malignos e advêm de tumores no pulmão e na mama, como é o caso da doente em estudo (Carvalho, 2016). Em CP, os edemas, nomeadamente nos membros inferiores, estão associados a uma maior imobilidade nos doentes. No caso da ascite, existe uma associação ao aumento do perímetro e desconforto, dificuldade em andar, anorexia e dispneia (Carvalho, 2016). A Senhora S. chegou a realizar uma paracentese evacuadora para alívio dos sintomas, provocados pela acumulação de líquidos a nível abdominal.

No dia antes da doente falecer, a utente desenvolveu uma trombose venosa profunda (TVP). Segundo Carvalho (2016), existem vários fatores que predispõe o desenvolvimento de TVP, tais como, a estase, a lesão vascular e a hipercoabilidade, que constituem a Tríade de Virchow. A TVP provoca alterações vasculares e da coagulação nos utentes, principalmente com pouca mobilidades dos membros inferiores. Segundo a literatura atual, cerca de 15% dos doentes com cancro apresentam este tipo de lesão, estando o seu aparecimento associado a um mau prognóstico (Carvalho, 2016; Vivas et al., 2023).

### **Conservação de energia - Intolerância à atividade**

A conservação de energia é definida como um “processo do sistema regulador: gestão ativa da energia no sentido de iniciar e manter a atividade” (ICN, 2019). Este processo pretende que exista um planeamento intencional e personalizado para prevenir a perda de energia do indivíduo durante a realização de determinada tarefa (Menezes & Camargo, 2006).

A doente apresentava alguma intolerância para a atividade, neste sentido a conservação de energia passa pela implementação de algumas estratégias. Estas estratégias têm como objetivo

reduzir a energia despendida pelo indivíduo durante a implementação das suas atividades de vida diárias, diminuir a dispneia e, por consequência, melhorar a sua qualidade de vida. As técnicas de conservação de energia ajudam a pessoa doente a manter a sua independência e funcionalidade de forma ativa, mesmo que isso implique executar as suas tarefas num ritmo mais lento e de forma faseada (Velloso & Jardim, 2006).

A doente deste estudo de caso tentou sempre manter ao máximo a sua autonomia, mas reconhecia que estava mais debilitada. No entanto, não revelava problemas em solicitar o apoio à equipa e família para a realização de algumas tarefas.

### **Emoção - Ansiedade**

A ansiedade é uma emoção humana universal, contudo pode manifestar-se como uma emoção negativa em que o indivíduo se sente ameaçado, em perigo ou angustiado, devido a causas conhecidas ou desconhecidas, podendo tornar-se intensa e aumentar com o stress ou com a doença (ICN, 2019).

Em cuidados paliativos, a ansiedade é um problema com elevada prevalência, na medida em que para além da gravidade da doença, que acarreta uma sensação de vulnerabilidade e perda de autoconfiança, juntam-se preocupações como a perda da esperança na cura e a proximidade da morte (Barbosa et al., 2016).

Alguns doentes referem que diante da perda iminente ficam ansiosos com o que fazer com o tempo que lhes resta, por isso, sentem necessidade de dar um sentido à sua existência (Arch et al., 2022). Ao pensar na morte surge a ideia de separação dos entes queridos, a impossibilidade de concretizar objetivos e o lidar com o desconhecido. De acordo com a classificação das intervenções de enfermagem, a ansiedade relacionada à morte pode se definir como, uma sensação desagradável e vaga de desconforto ou receio gerado pela percepção de uma ameaça real ou imaginária, à própria existência (Bulechek et al., 2016).

Durante o internamento, a Senhora S. manifestava episódios de mais ansiedade com agravamento da dor e da dispneia. No entanto, a vontade de querer ver os pais era um fator agravante, uma vez que os mesmos não conseguiam viagem para a poderem visitar.

## **1.6. Conceção de Cuidados**

### **Sensações somáticas**

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Manifesta dor.

**28-09-2023 16:00 - Dor**

28-09-2023 16:00 - Localização da dor

28-09-2023 16:00 - Abdómen

28-09-2023 16:00 - Intensidade da dor - 7.

28-09-2023 16:00 - frequência da dor - intermitente. 28-09-2023 16:00 - dor de tipo - moedeira.

**28-09-2023 16:00 - Determinar evolução da dor**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução da dor [Sem horário]

**28-09-2023 16:00 - Diminuir dor**

28-09-2023 16:00 - Gerir analgesia [Sem horário]

28-09-2023 16:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [Sem horário]

28-09-2023 16:00 - Executar massagem [Sem horário]

28-09-2023 16:00 - Posicionar para aliviar a dor [Sem horário]

**28-09-2023 16:00 - Promover autocontrolo: dor**

28-09-2023 16:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-09-2023 16:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador.

28-09-2023 16:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora.

28-09-2023 16:00 - Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-09-2023 16:00 – Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dor [Sem horário]

**Apetite**

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Ingeriu parte das refeições.

28-09-2023 16:00 - Apetite diminuído.

28-09-2023 16:00 - Paladar conservado.

**28-09-2023 16:00 - Apetite comprometido**

**28-09-2023 16:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [09:00; 11:00; 13:00; 16:00; 20:00; 22:00]

**28-09-2023 16:00 - Determinar evolução do apetite**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução do apetite [Sem horário]

**28-09-2023 16:00 - Melhorar apetite**

28-09-2023 16:00 - Planear dieta [Sem horário]

**Sistema respiratório**

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

28-09-2023 16:00 - Ritmo respiratório regular.

28-09-2023 16:00 - Movimento respiratório assimétrico.

28-09-2023 16:00 - Profundidade da ventilação: inspições normais.

28-09-2023 16:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

28-09-2023 16:00 - Sem adejo nasal.

28-09-2023 16:00 - Saturação do oxigénio no sangue 28-09-2023 16:00 - Periférico(a): 92 %.

28-09-2023 16:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

28-09-2023 16:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.

#### **28-09-2023 16:00 - Dispneia**

##### **28-09-2023 16:00 - Determinar evolução da dispneia**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução da dispneia [Sem horário]

##### **28-09-2023 16:00 - Melhorar ventilação**

28-09-2023 16:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [Sem horário]

##### **28-09-2023 16:00 - Promover autocontrolo: dispneia**

28-09-2023 16:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

### **Digestão**

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Com sensação de enjoo.

28-09-2023 16:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

28-09-2023 16:00 - Presença de vómito.

#### **28-09-2023 16:00 - Náusea**

28-09-2023 16:00 - Gravidade da náusea: ligeira.

##### **28-09-2023 16:00 - Determinar evolução da náusea**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução da náusea [Sem horário]

28-09-2023 16:00 - Referenciar náusea ao médico [Sem horário]

#### **28-09-2023 16:00 - Aliviar náusea**

28-09-2023 16:00 - Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea [Sem horário]

28-09-2023 16:00 - Planear dieta [Sem horário]

#### **28-09-2023 16:00 - Vomitar**

28-09-2023 16:00 - Vómito em pequena quantidade.

28-09-2023 16:00 - Tipo de vómito: aquoso.

28-09-2023 16:00 - Ausência de vómito em jato.

#### **28-09-2023 16:00 - Diminuir episódios de vómito**

28-09-2023 16:00 - Planear dieta [Sem horário]

28-09-2023 16:00 - Executar cuidados de higiene oral [Sem horário]

### **Eliminação intestinal**

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Ausência de dejeções.

28-09-2023 16:00 - Fezes: em pequena quantidade.

28-09-2023 16:00 - Consistência das fezes: Fezes em síbalas.

28-09-2023 16:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

28-09-2023 16:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

28-09-2023 16:00 - Expulsão controlada de fezes.

#### **28-09-2023 16:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Sem horário]

#### **28-09-2023 16:00 - Obstipação**

##### **28-09-2023 16:00 - Determinar evolução da obstipação**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução da obstipação [Sem horário]

28-09-2023 16:00 - Referenciar obstipação ao médico [Sem horário]

#### **28-09-2023 16:00 - Promover eliminação intestinal**

28-09-2023 16:00 - Gerir hidratação [Sem horário]

### **Volume de líquidos**

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Sensação de sede normal.

28-09-2023 16:00 - Sinal de Godet

28-09-2023 16:00 - Perna: Sinal de Godet moderado ( $\geq 2$  e  $< 4$  mm).

28-09-2023 16:00 - Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais.

28-09-2023 16:00 - Pele húmida / viscosa.

28-09-2023 16:00 - Presença de olhos encovados.

#### **28-09-2023 16:00 - Edema**

28-09-2023 16:00 - Localização do edema

28-09-2023 16:00 - Perna

#### **28-09-2023 16:00 - Determinar evolução de sinais de edema**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [Sem horário]

#### **28-09-2023 16:00 - Diminuir edema**

28-09-2023 16:00 - Posicionar para diminuir edema [Sem horário]

28-09-2023 16:00 - Massajar [Sem horário]

#### **28-09-2023 16:00 - Ascite**

##### **28-09-2023 16:00 - Determinar evolução da ascite**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução da ascite [Sem horário]

##### **28-09-2023 16:00 - Facilitar ventilação**

28-09-2023 16:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [Sem horário]

### **Conservação de energia**

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

#### ***28-09-2023 16:00 - Intolerância à atividade***

##### **28-09-2023 16:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Sem horário]

##### **28-09-2023 16:00 - Promover autogestão: atividade/repouso**

28-09-2023 16:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-09-2023 16:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

### **Emoção**

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Verbaliza ansiedade.

28-09-2023 16:00 - Sem manifestação de inquietação.

28-09-2023 16:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

28-09-2023 16:00 - Sem manifestação de pânico .

28-09-2023 16:00 - Manifesta negação da perda.

#### **28-09-2023 16:00 - Ansiedade**

##### **28-09-2023 16:00 - Determinar evolução da ansiedade**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução da ansiedade [Sem horário]

28-09-2023 16:00 - Referenciar ansiedade ao médico [Sem horário]

##### **28-09-2023 16:00 - Diminuir ansiedade**

28-09-2023 16:00 - Executar técnica de relaxamento [Sem horário]  
28-09-2023 16:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [Sem horário]  
**28-09-2023 16:00 - Promover autocontrolo: ansiedade**  
28-09-2023 16:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.  
28-09-2023 16:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.  
28-09-2023 16:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.  
28-09-2023 16:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.  
28-09-2023 16:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.  
28-09-2023 16:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.  
28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [Sem horário]

#### **Transferir-se**

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas  
28-09-2023 16:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

#### **28-09-2023 16:00 - Transferir-se comprometido**

#### **28-09-2023 16:00 - Assegurar atividades de transferir-se**

28-09-2023 16:00 - Assistir no transferir-se [Sem horário]

#### **28-09-2023 16:00 - Prevenir queda**

28-09-2023 16:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

#### **28-09-2023 16:00 - Assegurar continuidade de cuidados**

#### **Cuidar da higiene pessoal**

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Obtém objetos para o banho. 28-09-2023 16:00 - Abre a torneira.  
28-09-2023 16:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo  
28-09-2023 16:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.  
28-09-2023 16:00 - Aplica produtos de higiene.  
28-09-2023 16:00 - Limpa-se após usar o sanitário.  
28-09-2023 16:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

#### **28-09-2023 16:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido**

#### **28-09-2023 16:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal**

28-09-2023 16:00 - Assistir no arranjar-se [Sem horário]

28-09-2023 16:00 - Assistir no tomar banho [Manhã]

28-09-2023 16:00 - Assistir no uso do sanitário [Sem horário]

## **Andar**

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Capaz de mover-se através da marcha

28-09-2023 16:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

**28-09-2023 16:00 - Andar comprometido**

**28-09-2023 16:00 - Determinar evolução do andar**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução do andar [Sem horário]

**28-09-2023 16:00 - Prevenir queda**

28-09-2023 16:00 - Assistir no andar [Sem horário]

28-09-2023 16:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

## **Alimentar-se**

28-09-2023 16:00

28-09-2023 16:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

28-09-2023 16:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

28-09-2023 16:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

28-09-2023 16:00 - Prepara os alimentos para a refeição.

28-09-2023 16:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

28-09-2023 16:00 - Organiza os alimentos para a refeição.

**28-09-2023 16:00 - Alimentar-se comprometido**

**28-09-2023 16:00 - Determinar evolução do alimentar-se**

28-09-2023 16:00 - Avaliar evolução do alimentar-se [09:00; 11:00; 13:00; 16:00; 20:00; 22:00]

**28-09-2023 16:00 - Assegurar atividades do alimentar-se**

28-09-2023 16:00 - Providenciar dispositivos para alimentar-se [09:00; 11:00; 13:00; 16:00; 20:00; 22:00]

## **1.7. Síntese relativa ao caso**

Quanto à evolução da doente ao longo do internamento, a dor e a obstipação foram dois dos sintomas mais difíceis de controlar e que tiveram impacto na qualidade de vida da Senhora S. Ainda assim, no que diz respeito à dor, com a farmacologia prescrita a horas fixas e com o resgate de SOS, conseguiu-se estabilizar os sintomas de uma forma mais eficaz. Relativamente à obstipação, houve mais dificuldade na resolução com medidas farmacológicas, sendo por vezes necessário auxiliar a doente na remoção mecânica das fezes, apesar do desconforto associado a este ato.

A dispneia era um dos sintomas que se agravava quando a doente se sentia mais ansiosa e/ou quando se notava um aumento do perímetro abdominal devido à ascite. Isso foi percebido quando a equipa médica realizou uma paracentese evacuadora para alívio do perímetro abdominal e conforto da Senhora S. No entanto, o alívio era passageiro, aumentando o perímetro abdominal após três dias da intervenção, resultando num agravamento do seu padrão

respiratório, especialmente durante esforços. A dispneia estava presente, por exemplo, no levantar do leito para a cadeira, e em algumas ocasiões, no ato de evacuar.

Neste caso clínico, apenas foi identificada uma sessão porque, ao longo dos três contatos em que cuidei da Senhora S., o seu estado geral e dependência mantiveram-se. No entanto, existiu descompensação de alguns sintomas, conforme mencionado nos parágrafos anteriores.

Considero que a escolha de um doente e a capacidade de relacioná-lo com o meu tema não foi simples, uma vez que o mesmo se relaciona com o autocuidado dos profissionais de enfermagem. Neste sentido, a minha escolha recaiu sobre doentes que impactaram a equipa, ou seja, casos em que notei um envolvimento emocional, diferente, por parte dos enfermeiros. Quero ressaltar que não existiu apenas envolvimento emocional nessas situações, no entanto a emoção e a empatia fazem parte do cuidado de enfermagem. Na prática, existem doentes com os quais nos envolvemos mais, emocionalmente, podendo isso por vezes não ser considerado o mais assertivo. A Senhora S. foi uma destas pessoas, uma doente jovem, com um mau prognóstico de uma doença terminal. Uma doente que esteve internada num serviço constituído por uma equipa de cuidados jovem, maioritariamente mulheres com a mesma faixa etária, mães e esposas. Algumas destas profissionais passaram por situações de doença idêntica, ou tiveram familiares, e por isso existiu uma identificação com o caso.

Ao longo do estágio, no cuidado a esta utente, os profissionais questionavam-se: “Como seria se fosse comigo?”, “O que será dos filhos sem ela?”. Estas eram algumas das questões retóricas colocadas pelos profissionais, aquando da manifestação de algum desconforto.

A doente acabou por falecer no final de um turno da noite, tranquila segundo a equipa que se encontrava no turno. Anteriormente, foi contactada a família, pois um dos pedidos da doente e da família era que se pudessem despedir. Quando o marido e o irmão da Senhora S. chegaram, pediram que lhes fosse permitida alguma privacidade, no sentido de estar com a doente para poderem orar naquele momento de luto, conforme o ritual da sua religião Islâmica. A equipa não estava familiarizada com o ritual fúnebre desta religião, mas com a ajuda dos familiares a equipa envolveu-se para os ajudar naquele momento.

Segundo esta religião, a preparação do corpo deve ser feita por pessoas do mesmo sexo, ou com o conjugue. Neste sentido, o corpo foi cuidado por uma enfermeira, uma auxiliar e uma amiga da família que os veio ajudar neste momento. Assim sendo, foram prestados os cuidados de higiene e envolto o corpo em tecidos brancos que a família trouxe. Ao longo de todos estes cuidados pós-morte, a amiga foi realizando os rituais islâmicos, característicos deste momento. Este foi um momento que causou impacto na equipa, essencialmente nos membros que

cuidaram da doente e da família. O corpo permaneceu no serviço cerca de 4 horas, e foi possível colocar a doente num quarto individual para que a família pudesse estar mais à vontade e velar o seu corpo.

Os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos, lidam frequentemente com situações difíceis, como a morte, o medo e a angústia (Barbosa, 2016; Bernardo, et al., 2016; Vaz, 2020). Esta confrontação diária pode originar situações de desconforto pessoal e profissional. No paradigma atual português, os enfermeiros são o grupo profissional que tem uma interação maior com os doentes e com os seus familiares, lidando quase diariamente com a dor, o sofrimento e a morte (Faria, 2019). Esta é, por isso, uma área onde existe uma maior suscetibilidade dos profissionais de saúde viverem sentimentos negativos, que podem levar a situações de burnout e fadiga por compaixão (Vaz, 2020).

Face ao exposto, o autocuidado dos profissionais deve ser uma prática contínua, atuando preferencialmente de forma preventiva. O conceito de autocuidado é um conceito central na prática de enfermagem, conceptualizado por Orem na sua teoria de défice do autocuidado (Martins & Brito, 2021). Segundo a autora é definido como uma prática de atividades relacionadas com a preservação do sentido da vida, manutenção da saúde e do bem-estar (Orem, 1991).

Assim, seria importante a equipa ter falado e discutido este momento que passaram, para que em situações futuras situações como estas, não fossem alvo de comentários como “nem me quero lembrar”, “fiquei incomodada”, o que revela que foi uma situação que causou impacto nos profissionais que a viveram de uma forma mais direta. A importância das reuniões de equipa, e de técnicas como o “Brainstorming”, permite aos profissionais falar sobre o que aconteceu e o que causou incomodo, permite pensar em possíveis estratégias para poderem avançar neste assunto, e não ser um tabu falar sobre ele.

No espaço laboral, era importante existir intervenções de autocuidado para os profissionais, nomeadamente, a existência de programas de trabalho e /ou grupos de apoio. O objetivo destas práticas visa promover o bem-estar dos profissionais envolvidos, principalmente em situações desagradáveis, como a que ocorreu neste estudo de caso (Houck, 2014).

## Referências Bibliográficas

Abreu, C. (2020). Dados epidemiológicos. In Fernandes, P. Cortes, & C. Chá, Manual de Oncologia SPO - Abordagem e tratamento do cancro da mama (1a ed., pp. 11-20). Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO).

Alves, M., Jardim, M., & Freitas, O. (2012). Sofrimento do doente oncológico em situação paliativa. *Revista Referência*, 3 (8), 115-124. <http://hdl.handle.net/10400.13/3591>

Alves, R. & Bárto, J. (2020). Tratamento cirúrgico do carcinoma da mama. In Fernandes, P. Cortes, & C. Chá, Manual de Oncologia SPO - Abordagem e tratamento do cancro da mama (1a ed., pp. 107–126). Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO).

Arch, J. J., Mitchell, J. L., Schmiege, S. J., Levin, M. E., Genung, S. R., Nealis, M.S., Fink, R. M., Bright, E. E., Andorsky, D. J., & Kutner, J. S. (2022). A randomized controlled trial of a multimodal palliative care intervention to promote advance care planning and psychological wellbeing among adults with advanced cancer: study protocol. *BMC Palliative Care*, 21(198). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01087-z>

Barata, P., Santos, F., Mesquita, G., Cardoso, A., Custódio, M. P., Alves, M., Papoila, A. L., Barbosa, A., & Lawlor, P. (2016). Pain Intensity and Time to Death of Cancer Patients Referred to Palliative Care. *Acta Médica Portuguesa*, 29(11), 694–701. <https://doi.org/10.20344/amp.7557>

Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (2016). Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética. AIDFM.

Batista, M. & Braga, S. (2020). Etiologia do cancro da mama. In Fernandes, P. Cortes, & C. Chá, Manual de Oncologia SPO - Abordagem e tratamento do cancro da mama (1a ed., pp. 21-38). Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO).

Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2016). Burnout e Autocuidados. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I., Manual de Cuidados Paliativos (pp.899-906). Lisboa: 3ª Edição

Bulecheck, Gloria M., Butcher, Howard K., Docteman, Joanne M., Wagner, Cherly M. (2016). NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem. 6ª Edição. Elsevier Editora, Lda.

Cruz, A. & Ferreira, A. (2020). Estadiamento. In Fernandes, P. Cortes, & C. Chá, Manual de Oncologia SPO - Abordagem e tratamento do cancro da mama (1a ed., pp. 93–105). Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO).

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I Série –A, N.º 205 (04-09 - 1996) 2959-2962.

Escola Superior de Enfermagem do Porto (2021). Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem. Porto: ESEP.

Faria, S. A. (2019). Saúde psicológica dos enfermeiros: um estudo sobre burnout e engagement. (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/121004>

Freire, E. (2021). Guia Prático de Controlo Sintomático. Núcleo de estudos de medicina paliativa. 2o Edição. Angelini.

Galvão, A. M., & Baptista, G. (2022). A mulher com cancro da mama: apoio psicossocial. In B. Magalhães & A. M. Galvão: Cuidar em oncologia: reflexões para a prática clínica (pp. 218–227). Alges: Edição Euromédice, Edições Médicas, Lda. <http://hdl.handle.net/10198/25931>

Gavriel-Fried, B., & Shilo, G. (2015). Defining the family: the role of personal values and personal acquaintance. *Journal of Family Studies*, 22 (1), 43–62. <http://dx.doi.org/10.1080/13229400.2015.1020991>

Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 454–458. <https://doi.org/10.1188/14.cjon.454-458>

International Council of Nurses [ICN]. (2019). CIPE versão 2: Classificação internacional para prática de enfermagem (H. Castro, Trad.). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Lei nº 52/2012 do Ministério da Saúde (2012). Diário Da República: I Série, nº 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Ministério da Saúde. (2018). "Regulamento n.º 429/2018". Diário da República: II série, n.º 135.

Minosso, J., Martins, M. & Oliveira, M. (2022). Cuidados paliativos na formação inicial em enfermagem: Um estudo de métodos mistos. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-7. <https://dx.doi.org/10.12707/rv21060>

Menezes, M., & Camargo, T. C. (2006). Cancer-related fatigue as a thematic issue in oncology nursing]. *PubMed*, 14(3), 442–447. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000300020>  
Orem, D. E. (1985). A CONCEPT OF SELF-CARE FOR THE REHABILITATION CLIENT. *Rehabilitation Nursing Journal*, 10(3), 33–36. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1985.tb00428.x>

Pontalti, G., Rodrigues, E., Firmino, F., Fabris, M., Stein, M., Longaray, V. (2012). Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Revista HCPA*. 32 (2): 199-207 <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/26270>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., &

Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161 (9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Redmond, M., & Martin, B. (2023). All in the (Definition of) Family: Transnational Parent–Child Relationships, Rights to Family Life, and Canadian Immigration Law. *Journal of Family Issues*, 44(3), 766–784. DOI: 10.1177/0192513X211054461

Ribeiro, J. (2020). Biologia do carcinoma de mama. In Fernandes, P. Cortes, & C. Chá, Manual de Oncologia SPO - Abordagem e tratamento do cancro da mama (1a ed., pp. 39-66). Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO).

Rockenbach, G., Koide, H., Oliveira, P. P., & Di Pietro, P. F. (2010). Elaboração de material informativo sobre cuidados nutricionais para mulheres com câncer de mama. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2010v7n10p29>

Simão, A., Negrini, B., Gaspar, C., Francisco, C. & Morales, G. (2021). Evidências do uso da via subcutânea na assistência de enfermagem. São Paulo: Revista Recien.11(35):98-107. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.98-107>

Vaz, L. P. (2020). Comunicação em Cuidados Paliativos: O sentir dos profissionais de saúde. (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

## **Apêndice E – Estudo de Caso EIHSCP**

(Este estudo de caso segue o referencial proposto pela plataforma *e4Nursing* da Escola Superior de Enfermagem do Porto, n qual se encontra alocado o documento original).

### **1. CASO CLÍNICO SENHORA. F. – EIHSCP**

Senhora F.

#### **1.1. Enquadramento teórico**

##### **Caso Clínico – EIHSCP**

A Sra. F, de 54 anos, vive com o marido à cerca de 25 anos e têm dois filhos. Trabalha numa empresa têxtil. Não possui antecedentes pessoais de relevo.

Em novembro de 2023, a doente recorreu a um hospital da zona norte por um edema assimétrico do membro inferior direito, tendo sido diagnosticada com uma Trombose Venosa Profunda, tendo iniciado hipocoagulação neste contexto. Após iniciar este fármaco a doente referiu que teve uma cefaleia intensa e instalação de hemiparesia esquerda de predomínio braquial tendo permanecido três dias em casa a ver se melhorava. Todavia, como os sintomas permaneceram, recorreu novamente à urgência tendo sido diagnosticada com um Acidente Vascular Cerebral (AVC) de provável etiologia cardioembólica. Em dezembro de 2023, ficou internada numa Unidade de AVC com diagnóstico de AVC isquémico da Artéria Cerebral Média Direita. Deste incidente clínico, resultou uma afasia de compreensão e hemiplegia esquerda de predomínio braquial.

Durante o internamento, apresentou evolução favorável, com reversão dos sintomas instalados inicialmente. Contudo, realizou um estudo para descobrir a etiologia do AVC isquémico, e no Ecocardiograma transtorácico detetaram uma massa intracardíaca sugestiva de endocardite. Realizou também TAC torácico, abdominal e pélvico, onde se identificou um nódulo pulmonar e um nódulo hepático.

Devido às descobertas clínicas anteriormente descritas, a Senhora F. foi submetida, novamente, a vários exames onde se confirmou um adenocarcinoma do pulmão com metastização hepática e ganglionar. Assim sendo, os diagnósticos médicos evidenciam, doente com AVC isquémico, Endocardite Infeciosa e Adenocarcinoma do pulmão em estadio III/IV.

Posteriormente, foi solicitada a colaboração da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos (EIHSCP) para controlo de sintomas, nomeadamente de dor não controlada no membro inferior direito e também para o controlo da dispneia.

### **Cuidados paliativos**

Segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos nº 52/2012 (Diário da República, 2012, p.5119), os cuidados paliativos são “cuidados ativos, (...) prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva” tendo em conta o doente e a sua família. Já em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou a definição de cuidados paliativos, mas em 2002 ocorre uma alteração significativa da sua definição para um âmbito mais alargado. Neste sentido, os cuidados paliativos evidenciam como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares, com doença avançada e incurável, promovendo assim o alívio do sofrimento, o tratamento da dor e de outros sintomas, não só físicos mas também psicossociais e espirituais, não acelerando ou atrasando o processo natural de morte (Minosso et al, 2022; Alves, 2012).

### **Acidente Vascular Cerebral – AVC isquémico**

O AVC é definido como uma perturbação neurológica súbita por isquemia ou hemorragia do sistema nervoso central, que pode causar uma forte incapacidade pessoal, por isso é considerada uma emergência neurológica (Balami et al., 2013).

Dentro das causas vasculares do défice neurológico agudo, a diferença entre o AVC isquémico e o hemorrágico é importante pois apresentam orientações diferentes. Para definir a etiologia do AVC isquémico, os aspetos clínicos e as características da imagem cerebral, devem ser enquadrados. O TAC cerebral, é um dos exames complementares de diagnóstico que permite visualizar se existem alterações sugestivas de lesão hemorrágica aguda e sinais sugestivos de lesão isquémica aguda ou já estabelecida (Moulin & Leys, 2019).

Neste caso clínico, será apenas realizado um enquadramento teórico do AVC isquémico, pois é um dos diagnósticos da doente em estudo.

Assim sendo, o AVC isquémico é causado pela interrupção do fluxo sanguíneo cerebral devido à hipoperfusão cerebral (Furie, 2020). Quanto à sua etiologia, o AVC pode ser dividido em: arteriosclerose de grande vaso, oclusão de pequeno vaso, cardioembolismo, enfarte de etiologia

indeterminada ou de outra etiologia determinada posteriormente (Adams, et al., 1993; Hurford et al., 2022).

No que diz respeito à etiologia cardioembólica, esta categoria engloba os doentes com oclusões arteriais cerebrais, presumivelmente devido a êmbolos com origem no coração. A endocardite infecciosa é uma das patologias associadas ao alto risco de cardioembolismo, como é o caso manifestado pela Senhora F. (Adams, et al., 1993).

### **Endocardite infecciosa**

A Endocardite infecciosa é a infeção do endocárdio e das válvulas cardíacas (Rodger et al., 2018). Atualmente, a prevalência da endocardite infecciosa em doentes sem os fatores de risco clássicos aproxima-se dos 50% e o risco cumulativo destes fatores contribui para que a incidência aumente a partir dos 65 anos de idade (Hoen & Duval, 2013).

O diagnóstico de Endocardite Infecciosa, requer uma abordagem multidisciplinar. Por isso, deve englobar uma avaliação clínica, laboratorial e realização de outros exames complementares de diagnóstico que o clínico considere pertinentes. Esta patologia manifesta alguns sintomas, tais como: febre inexplicada, cansaço, suores noturnos, fenómenos embólicos, entre outros. A Senhora F., manifestava todos os sintomas descritos anteriormente, que se verificou também no ecocardiograma realizado (Gonçalves, 2014).

O tratamento da endocardite infecciosa é complexo e envolve a combinação de terapêutica antimicrobiana e em alguns casos, cirurgia cardíaca. As diretrizes atuais para o tratamento da Endocardite infecciosa são baseadas nas recomendações da American Heart Association (AHA) (Mesquita, et al., 2023). O isolamento do agente infeccioso é importante para o tratamento, contudo, no caso desta doente, não foi possível isolar nenhum agente.

A doente tinha indicação cirúrgica pelo facto de apresentar insuficiência cardíaca, mas dada instabilidade hemodinâmica, não foi aceite em nenhum centro de referência para cirurgia cardiotorácica.

### **Adenocarcinoma do Pulmão**

O cancro do pulmão é uma das principais causas de morte em todo o mundo (Moreno, 2020) e para ambos os sexos (Bastos, 2022). De acordo com a International Agency for Research on Cancer (IARC), cerca de 2,2 milhões de casos de cancro do pulmão apareceram em 2020 e quase 1.8 milhões de pessoas faleceram nesse ano (OMS, 2022). Segundo a IARC (2020), no ano de 2020 surgiram em Portugal 5415 novos casos de cancro do pulmão (OMS, 2020).

Segundo Bastos (2022, p. 2):

“O cancro do pulmão é uma doença heterogênea e inclui vários tipos e subtipos com diferentes particularidades clínicas e patológicas. Baseado nas suas características histológicas, podemos dividir o cancro do pulmão em dois grandes grupos: cancro do pulmão de pequenas células (CPPC) e cancro do pulmão de não pequenas células (CPNPC)”

Na tabela 1, estão descritos os principais tipos de cancro do pulmão de acordo com a classificação e os critérios da WHO (Bastos, 2022):

Tabela 1: Classificação dos principais tipos de cancro do pulmão segundo os critérios da WHO, citado por Bastos (2022, p.24).

<b>Adenocarcinoma (Lesões iniciais)</b>	Adenocarcinoma <i>in situ</i> ; Carcinoma minimamente invasivo (<0,5cm); Hiperplasia adenomatosa atípica.
<b>Adenocarcinoma avançado</b>	Adenocarcinoma lepidico; Adenocarcinoma acinar; Adenocarcinoma papilar; Adenocarcinoma micropapilar.
<b>Variantes de adenocarcinoma</b>	Adenocarcinoma mucinoso invasivo (adenocarcinoma misto mucinoso e não-mucinoso); Adenocarcinoma colóide; Adenocarcinoma fetal; Adenocarcinoma entérico.
<b>Carcinoma de células escamosas (Lesões iniciais)</b>	Lesão pré-invasora; Carcinoma de células escamosas <i>in situ</i> .
<b>Carcinoma de células escamosas avançado</b>	Queratinizante; Não-queratinizante; Carcinoma de células escamosas basalóide.
<b>Tumores neuroendócrinos</b>	Carcinoma de pequenas células; Carcinoma neuroendócrino de grandes células; Tumor carcinóide; Hiperplasia idiopática difusa de células neuroendócrinas pulmonares
<b>Carcinoma de grandes células</b>	
<b>Carcinoma adenoescamoso</b>	
<b>Carcinoma sarcomatóide</b>	Carcinoma de células gigantes, pleomórfico e de células fusiformes; Carcinosarcoma; Blastoma pulmonar
<b>Carcinoma tipo glândula salivar</b>	Carcinoma mucoepidermóide; Carcinoma cístico adenóide; Carcinoma epitelial-mioepitelial.

Para Moreno (2020), é possível efetuar a orientação para o tratamento mais adequado, com base no estadiamento. Assim sendo, os estádios podem classificar-se em:

- Estádios I e II: a opção de tratamento é geralmente a cirurgia;
- Estádio III: as opções terapêuticas incluem a quimioterapia e radioterapia, em sequência ou combinadas; Neste estadio é raro recorrer à cirurgia;
- Estádio IV: o tratamento mais frequente é a quimioterapia ou a imunoterapia.

O adenocarcinoma é o subtipo histológico mais comum de cancro do pulmão, manifestando os efeitos metastáticos com mais frequência no fígado, supra-renais, ossos e cérebro (Hutchinson et al., 2018).

A grande percentagem das pessoas diagnosticadas com cancro do pulmão, já estão num estágio avançado da doença, muitas vezes já com metastização à distância, sendo a taxa de

sobrevivência global a 5 anos cerca de 5% (Hutchinson et al., 2018 ). No caso da Senhora F., o estadiamento da doença ainda não era claro, contudo previa-se que se situava num estadio III/IV, com possibilidade de ser proposta a tratamento dirigido, mediante evolução da doença cardíaca.

### **A doente e a equipa interdisciplinar - uma reflexão inicial**

A Senhora F. é uma doente de alta complexidade, motivado pela sua situação clínica e pelo Instrumento Diagnóstico da Complexidade em Cuidados Paliativos (ICD-PAL ), que foi preenchido. Nesta utente, também foi aplicada a escala PPS, onde pontuou 60%. Esta escala avalia a funcionalidade da doente em situação paliativa (Anderson, et al., 1996). Por fim, foi aplicada a escala ECOG que pontuou 2. A escala permite avaliar o estado de performance em doentes oncológicos (Oken et al., 1982).

Tendo em conta a complexidade da doente, foram identificados os seguintes problemas:

- AVC isquémico;
- Endocardite;
- Adenocarcinoma do pulmão com metastização hepática e ganglionar;
- Insuficiência Cardíaca.

Associando o caso clínico em estudo ao meu projeto em desenvolvimento, intitulado “Autocuidado do enfermeiro em Cuidados Paliativos”, é possível efetuar um diagnóstico de situação a todos os intervenientes dos cuidados.

Ao longo do estágio, verifiquei a fadiga de compaixão em vários profissionais, nomeadamente médicos e enfermeiros. O enfermeiro da EIHS CP, durante a observação de um doente no serviço onde a Senhora F. estava internada, foi interpelado pela equipa de enfermagem para ir observar a doente. Durante a observação, surgiram vários comentários, tais como: “você têm que nos ajudar; já não a aguentamos ver assim; é angustiante para nós não estarmos a conseguir fazer nada; é angustiante vê-la assim”. A equipa EIHS CP observou a doente, e num primeiro contacto verificaram que a doente estava, francamente desconfortável com dor, dispneia e ansiedade. Este pedido de ajuda para controlo de alguns sintomas, pela parte da equipa de enfermagem, culminou numa discussão informal com a equipa assistencial no sentido da colaboração pela EIHS CP para controlo de sintomas.

Posteriormente, pude constatar que a equipa assistencial, numa primeira abordagem, não quis pedir colaboração à equipa de CP, pela ideia que ainda existe, de que os Cuidados Paliativos só

chegam numa fase final da vida. E por outro lado, existe o mito associado à prescrição de terapêutica, como a morfina, numa doente ainda a aguardar tratamento.

Neste caso, a intervenção da equipa teve por base o modelo cooperativo. A intervenção inicial passou pela necessidade pontual de controlo de sintomas e após o seu controlo, a doente acabou por ter alta pela equipa.

Contudo, foi notória a pouca disponibilidade da equipa assistencial na intervenção da EIHS CP, existindo alguns constrangimentos, salientando a comunicação que não era clara com a doente e os seus familiares. Na minha opinião, o âmbito da intervenção pela equipa deveria ser outro, mas perante a pouca abertura pela equipa assistencial, não existiu margem para uma atuação mais ampla.

Quanto à fadiga por compaixão, esta é definida como um estado de exaustão, associado a disfunção biológica, psicológica e social, sendo descrita como um estado de empatia reduzida em resultado da exposição contínua ao sofrimento, existindo uma perda acentuada de energia emocional e física relacionada com o trabalho (Stamm, 2010). A fadiga por compaixão é acompanhada de sentimentos como o desespero, a falta de prazer em realizar alguma tarefa, de stress e de ansiedade (Peters, 2018). Este estado é também entendido como uma consequência inevitável de quem cuida de pessoas que estão a passar por um estado de sofrimento e de dor, como é o caso dos enfermeiros que trabalham em CP (Sabo, 2006).

Figley (2002), descreve a fadiga por compaixão como “um estado de tensão e preocupação com os pacientes traumatizados ao reviver experiências traumatizantes, evitando a constante recordação associada ao doente. É a função de testemunhar o sofrimento dos outros.” (Figley, 2002 pp. 1435). Assim, a fadiga por compaixão é entendida, por outros autores, como o custo do cuidar, onde os profissionais de saúde ouvem empaticamente as histórias traumáticas dos doentes e familiares e começam a experienciar sentimentos que se assemelham a dor, medo e sofrimento (Sinclair et al., 2017).

A fadiga por compaixão pode influenciar os profissionais de saúde no desempenho do apoio empático, que envolve a habilidade de compreender os sentimentos do paciente a partir da perspetiva dele. Ser assertivo e oferecer cuidados empáticos são expectativas associadas a esses profissionais (Lombardo & Eyre, 2011).

## 1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 54 anos | Feminino

## 1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-28 13:00:00	Paracetamol 1g PO [SOS até de 8/8h, se dor ou febre]	
2023-12-28 13:00:00	Metamizol de Magnésio 2g IV [SOS até de 12/12h, se febre]	
2023-12-28 13:00:00	Ampicilina 2g IV [00h, 4h, 8h, 12h, 16h, 20h]	
2023-12-28 13:00:00	Flucloxacilina 2g IV [00h, 4h, 8h, 12h, 16h, 20h]	
2023-12-28 13:00:00	Espironolactona 25mg PO [19h]	
2023-12-28 13:00:00	Enoxaparina sódica 70mg SC [12h, 00h]	
2023-12-28 13:00:00	Metoclopramida 10mg PO [9h, 12h, 19h]	
2023-12-28 13:00:00	Morfina 3mg SC [12h, 18h, 00h, 6h]	
2023-12-28 13:00:00	Morfina 3mg SC [SOS, até 6xdia]	
2023-12-28 13:00:00	Lorazepam 1mg PO [22h]	
2023-12-28 13:00:00	Alprazolam 0.25mg PO [SOS, se ansiedade]	
2023-12-28 13:00:00	Furosemida 20mg EV [15h, 23h, 7h]	

### 1.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A medicação constitui-se uma medida importante no controlo sintomático dos clientes, pelo que é fundamental o conhecimento acerca da sua farmacodinâmica, da farmacocinética e consequente vigilância após a administração.

Os fármacos, podem desencadear efeitos secundários indesejáveis que comprometem a evolução clínica do doente, sendo por isso essencial o conhecimento de forma a minimizar o aparecimento de alguns efeitos.

Desta forma, segue uma breve abordagem à medicação prescrita (com base no Infarmed) para a Senhora F., bem como os aspectos de enfermagem a considerar relativamente à mesma.

#### Paracetamol

O Paracetamol é um medicamento que tem ação analgésica e antipirética, sendo uma excelente opção como adjuvante para o tratamento da dor, visto não apresentar efeitos indesejáveis de relevância, contudo pode causar alterações das funções hepática e renal.

### **Metamizol de Magnésio**

O Metamizol de magnésio tem ação analgésica, anti-inflamatória e antipirética. É frequentemente utilizado para alívio da dor e da febre. Os efeitos secundários mais frequentes são alterações gastrointestinais e hematológicas, sendo o último um efeito que devemos estar atentos.

### **Ampicilina e Flucloxacilina**

São ambos antibióticos e pertencem à classe das penicilinas. Estão os dois prescritos em combinação para o tratamento empírico da endocardite. A ampicilina tem uma atuação ao nível dos enterococos e a flucloxacilina nos estafilococos. Como efeitos secundários: alterações da função renal e alterações gastrointestinais.

### **Espironolactona**

É um diurético poupador de potássio. Tem efeito diurético e anti-hipertensor, motivos pelos quais se encontra prescrito, quer pelos edemas que a doente apresenta, quer pela insuficiência cardíaca. Efeitos secundários mais comuns são a hipercaliemia, náuseas e vômitos.

### **Enoxaparina sódica**

É um anticoagulante que pertence à classe da heparina de baixo peso molecular. Usado para o tratamento profilático do tromboembolismo, no caso da doente pelo AVC e pela situação aguda de infeção. Como efeitos secundários, o risco hemorrágico é o que se deve ter mais atenção.

### **Metoclopramida**

É um antiemético com propriedades procinéticas, estimulando a motilidade gastrointestinal. Indicada para o tratamento da náusea, vômitos e refluxo gastroesofágico. Como efeitos secundários pode surgir efeitos extrapiramidais, sonolência e diarreia.

### **Morfina**

É um analgésico opióide. Indicada no tratamento da dor moderada a severa, assim como para o controlo da dispneia. Tem um tempo de semivida de aproximadamente 2,5 a 3 horas e é metabolizada essencialmente pelo fígado. Tem reações adversas como a obstipação, sedação, confusão e depressão respiratória.

### **Lorazepam**

É uma benzodiazepina, usada para o tratamento da ansiedade e da insónia. Como reações adversas podem surgir agitação, inquietação, pesadelos, alucinações e alterações do comportamento.

### **Alprazolam**

É uma benzodiazepina e está indicada para o tratamento da ansiedade, agitação, insónia, entre outros. Como efeito secundário mais habitual é a fadiga.

### **Furosemida**

É um diurético usado no tratamento de dispneia secundária à congestão pulmonar e hipervolemia. Efeitos secundários: alterações hidroelectrolíticas, desidratação, rash cutâneo e hipotensão arterial.

## **1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica**

### **Atitudes terapêuticas**

28-12-2023 13:00

#### **28-12-2023 13:00 - Oxigenoterapia**

28-12-2023 13:00 - FiO<sub>2</sub>: 92 %.

28-12-2023 13:00 - Débito de oxigénio: 1.00 L/min.

#### **28-12-2023 13:00 - Assegurar oxigenoterapia**

28-12-2023 13:00 - Manter oxigenoterapia [sem horário]

#### **28-12-2023 13:00 - Promover autogestão: oxigenoterapia**

28-12-2023 13:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

28-12-2023 13:00 - Dispositivo: Sonda de oxigénio - necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre oxigenoterapia [manhãmanhã]

### **Sondas, Drenos e Cateteres**

28-12-2023 13:00

#### **28-12-2023 13:00 - Cateter venoso periférico**

28-12-2023 13:00 - Localização do cateter venoso periférico 28-12-2023 13:00 - Antebraço Esquerda(o)

28-12-2023 13:00 - Ausência de dor.

28-12-2023 13:00 - Ausência de calor.

28-12-2023 13:00 - Ausência de rubor.

28-12-2023 13:00 - Ausência de tumefação.

28-12-2023 13:00 - Ausência de exsudado.

28-12-2023 13:00 - Ausência de infiltração.

28-12-2023 13:00 - Características do dispositivo: Abocath nº20.

**28-12-2023 13:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [manhã]

**28-12-2023 13:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

**28-12-2023 13:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [manhã]

**28-12-2023 13:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

28-12-2023 13:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

28-12-2023 13:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

**28-12-2023 13:00 - Cateter subcutâneo**

28-12-2023 13:00 - Localização do cateter subcutâneo 28-12-2023 13:00 - Abdómen

28-12-2023 13:00 - Características do dispositivo: Abocath nº24.

**28-12-2023 13:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

28-12-2023 13:00 - Otimizar cateter subcutâneo [SOS]

**28-12-2023 13:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [manhã]

**28-12-2023 13:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [manhã]

**28-12-2023 13:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo**

28-12-2023 13:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [SOS]

**1.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

**Oxigénio – Cânula Nasal**

A administração de oxigénio é uma das terapias utilizadas para o alívio da dispneia e correção de níveis de oxigénio na corrente sanguínea. A administração de oxigénio por cânula nasal, é utilizada para a administração de baixos volumes de oxigénio, não ultrapassando os 5-6L de O2 por minuto.

Em Cuidados Paliativos, a oxigenoterapia é equacionada quando se trata de um sintoma refratário ou mesmo a pedido do doente, para conforto do mesmo, com base no controlo do próprio sintoma, não implicando uma monitorização da Saturação Periférica de Oxigénio (SpO2). As complicações mais frequentes deste dispositivo são as úlceras por pressão na região superior das orelhas e a desidratação da mucosa nasal.

A doente apresentava necessidade de oxigénio por cânula nasal, por um quadro prévio de insuficiência respiratória. A doente acabava por fazer uma gestão deste oxigénio, colocando-o nos períodos em que fazia mais esforços e se sentia mais cansada.

### **Cateter venoso periférico**

O cateter venoso periférico é fundamental em contexto hospitalar na administração de fluídos, nutrientes, medicação, sangue e derivados. Sendo utilizado para a administração de perfusões contínuas, intermitentes e em bólus.

Anteriormente à técnica de punção venosa, é importante a preparação do material, a higienização das mãos, a seleção do local anatómico para a punção venosa, a seleção do calibre do cateter, a avaliação da presença de alterações locais, a desinfeção da pele do doente, e por fim puncionar e fixar o cateter. Devemos ter em consideração o estado clínico do doente, o seu património vascular, a medicação que vai ser administrada e o tempo proposto.

O seu uso pode originar complicações locais ou sistémicas (flebite, seroma, hematomas), o aumento da morbidade e do tempo de hospitalização .

A doente apresentava acesso venoso pela necessidade de cumprir antibioterapia por via endovenosa.

### **Cateter subcutâneo**

A via subcutânea tem inúmeras vantagens em CP, como o menor risco associado a infeção, um controlo de sintomas eficaz, a administração de fármacos de forma segura, permite a hipodermoclise, é menos agressiva e dolorosa para os utentes.

No entanto, existem algumas contra-indicações para a utilização desta via, tais como: soluções de continuidade da pele, locais irradiados, hemorragia severa, desidratação severa, trombocitopenia e ainda estado de choque.

Os locais de punção são selecionados com base na quantidade de fármaco a administrar. Assim sendo, pode-se puncionar na região abdominal/peri-umbilical (até 1000cc); deltoide (até 250cc); supra-mamária (até 250cc); infraescapular (até 1000cc) e coxas (até 1500cc). Contudo, a via subcutânea, apresenta algumas especificidades associadas à compatibilidade de alguns fármacos.

A equipa optou por esta via de administração de medicação na Senhora F., uma vez que existia a prescrição de morfina e a doente apresentava fracos acessos venosos e com necessidade de grandes doses de antibiótico várias vezes por dia.

## 1.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-12-2023 13:00	Consciência	
28-12-2023 13:00	Sensações somáticas	
28-12-2023 13:00	Sistema respiratório	
28-12-2023 13:00	Sistema cardiovascular	
28-12-2023 13:00	Eliminação intestinal	
28-12-2023 13:00	Eliminação urinária	
28-12-2023 13:00	Volume de líquidos	
28-12-2023 13:00	Sono	
28-12-2023 13:00	Conservação de energia	
28-12-2023 13:00	Emoção	
28-12-2023 13:00	Atitudes terapêuticas	
28-12-2023 13:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

### 1.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

#### Consciência

A consciência é definida como a "resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior" (CIPE, 2015, p.35). Contudo, as alterações do estado de consciência são relativamente comuns em doentes que tiveram um AVC, sendo uma das vigilâncias importantes neste contexto de cuidados.

A avaliação do estado de consciência é realizada com recurso à Escala de Coma de Glasgow, que permite a parametrização da resposta em três parâmetros: abertura espontânea do olhar, resposta verbal e resposta motora. O score desta escala varia entre os 3 e os 15 pontos, sendo que quanto menor o valor, mais alteração do estado de consciência se evidencia.

A doente apresentava um score de 15 pela escala de Coma de Glasgow.

#### Sensações somáticas – Dor

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial. Assim sendo, a dor é uma experiência universal, subjetiva, multidimensional e complexa, nas diferentes vertentes, podendo se manifestar de forma física, cognitiva, comportamental, afetiva, moral e socio cultural. Esta abordagem do conceito revela-se pertinente através de uma abordagem multidisciplinar desde o diagnóstico ao tratamento efetivo (Raja et al, 2020).

A dor é um dos sintomas mais frequentes em doentes com cancro e por isso é descrita como um dos sintomas que causa mais angústia, tendo um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes, essencialmente, quando mal controlada. O sofrimento causado pela dor não controlada, que é, muitas vezes, incapacitante, pode levar ao isolamento social e/ou pessoal (Barata et al., 2016).

Em cuidados paliativos, a dor pode ser abordada segundo o paradigma da dor total, que consiste na combinação das diferentes vertentes: física, psicológica, social e espiritual (Sapeta, P., 2007). Todavia, uma correta avaliação da dor é fundamental para o seu controlo.

Em 2003, a Direção Geral de Saúde (DGS, 2003), considerada a dor como o 5º sinal vital, necessária a sua correta descrição e documentação. De acordo com o guia orientador de boa prática da Ordem dos Enfermeiros, de 2008, esta avaliação e documentação deve ser efetuada através de escalas como: “Escala Visual Analógica”, “Escala Numérica”, “Escala de Faces”, “Escala Qualitativa”. A seleção das escalas varia consoante o grau de consciência e colaboração do utente com necessidade de cuidados.

A Senhora F., apresentava dor no membro inferior direito, revelando-se um motivo para solicitação da colaboração por parte da EIHS CP. Nesta utente, o controlo da dor não estava a ser eficaz com a prescrição em vigor, havendo necessidade de introduzir um opióide co horário fixo. Esta alteração do regime terapêutico possibilitou um melhor controlo da dor através da minimização dos episódios de agudização, e conseqüentemente, melhorou o conforto da doente.

### **Sistema Respiratório – Dispneia**

A dispneia corresponde ao comprometimento do sistema respiratório e pode ser definida como o movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, falta de ar, associado a sensações de desconforto, esforço crescente e ansiedade (ICN, 2019). Em CP cerca de 29 a 74% dos utentes apresenta dispneia, sendo por vezes associada a mau prognóstico (Freire, 2021).

Para a maioria das pessoas, respirar é um fenómeno inconsciente. No entanto, por vezes, torna-se uma ação consciente, associada a desconforto. Na literatura, é descrita como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, que não se relaciona com dados objetivos, como a oximetria ou a frequência respiratória (Barbosa et al., 2016).

A avaliação da intensidade da dispneia é um elemento importante, e ao longo dos últimos anos, têm sido desenvolvidas várias escalas. Algumas escalas atualmente validadas para avaliação da

dispneia são a Escala Analógica Visual, a Escala Numérica e a Escala de Borg Modificada (Martinez, J.B.A. et al. 2004).

A dispneia nesta doente em estudo, era algo referido aquando da realização de alguns esforços em episódios de maior ansiedade como possíveis consequências da insuficiência cardíaca, da neoplasia do pulmão e da própria perceção do seu estado de saúde-doença, atual.

### **Volume de líquidos – Edema**

A presença de edemas em doentes em cuidados paliativos está presente nas várias fases da evolução da doença (Carvalho, 2016). Segundo Carvalho (2016), o edema pode estar localizado ou generalizado, podendo apresentar-se como derrame levando, por vezes, a um mau prognóstico.

O aparecimento de edemas em doentes com insuficiência cardíaca, como é o caso da Senhora F., é frequente, e o tratamento passa essencialmente por medidas farmacológicas, como os diuréticos, existindo também intervenções como o posicionamento elevado dos membros inferiores, algo bem tolerado pela doente.

### **Sono**

As perturbações do sono constituem um desafio nos clientes de cuidados paliativos, pela sua complexidade de sintomas e pela heterogeneidade de situações clínicas (Bárrios, 2016). Na literatura é referido várias vezes, que o sono é um problema subdiagnosticado e subtratado pelos profissionais de saúde (Mercante et al., 2017; Khemlani, 2008 como citado por Bárrios, 2016).

Segundo Bárrios (2006, p.281), “no contexto de doenças graves, incuráveis e progressivas, tanto os doentes como os profissionais de saúde tendem a considerar as perturbações do sono como inevitáveis e não abordar este problema (...)”.

O sono é uma função fisiológica básica, complexa e dinâmica, por vezes, o “sono suficiente não se mede em horas absolutas, mas sim na perceção subjetiva de o indivíduo acorda repousado e restabelecido.” (Bárrios, 2016, p.281). Assim, o ICN (2019), define o sono comprometido como a incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir toda a noite ou durante os períodos de sono, e está frequentemente associado a fatores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão e perturbação da função cerebral. O bem-estar

físico, mental e cognitivo do indivíduo está interligado com o sono, visto que cerca de um terço da vida é passado a dormir (Abejas. et al, 2021).

De acordo com Cabral e os seus colaboradores (2015) e Romito e os seus colaboradores (2013), a privação do sono tem implicações nas atividades de vida diárias da pessoa e contribui para a diminuição da capacidade funcional, aumento da dor, da ansiedade, fadiga bem como outras alterações.

Todavia, definir estratégias de tratamento é considerado um passo essencial para avaliar o padrão de sono. Com isto, deve ser adotada uma abordagem global, estruturada e sistemática, com o objetivo de avaliar o seu impacto no cliente e no cuidador, bem como, identificar a etiologia da perturbação de sono.

Alguns estudos referem existir uma relação direta entre o sono e a dor, nomeadamente em clientes com dor crónica, uma vez que a insónia exacerba o nível de dor (Mercante et al., 2017). A insónia “caracteriza-se pela dificuldade em iniciar e manter o sono, acordar demasiado cedo ou tem um sono cronicamente não reparador, ou de má qualidade” (Bárrios, 2016, p.285).

Em clientes de CP, a insónia pode ocorrer por alguns fatores etiológicos, nomeadamente fatores relacionados com a doença, tais como: dor, febre, náuseas, dispneia, entre outros; fatores relacionados com o tratamento, como a medicação, onde se incluem os opióides e também a quimioterapia; a ansiedade. Nestes doentes a deteção e correção de causas reversíveis é parte significativa do tratamento. Neste sentido, devem ser abordados os receios do cliente e cuidador, ser controlados sintomas, efetuada uma revisão da medicação em curso, bem como a correção de alguns fatores externos (Bárrios, 2016 ).

### **Conservação de energia – Intolerância à atividade**

A conservação de energia é definida como um “processo do sistema regulador: gestão ativa da energia no sentido de iniciar e manter a atividade” (ICN, 2019 ). Este processo pretende que exista um planeamento intencional e personalizado para prevenir a perda de energia do indivíduo durante a realização de determinada tarefa (Menezes & Camargo, 2006).

A conservação de energia passa por um conjunto de estratégias implementadas em diversas patologias. Estas estratégias têm como objetivo reduzir a energia despendida pelo indivíduo durante a implementação das suas atividades de vida diárias e, por consequência, diminuir a

dispneia, melhorar a sua qualidade de vida aumentando a sua performance funcional (Velloso & Jardim, 2006).

Menezes e Camargo (2006) defendem que as estratégias para colmatar esta problemática passam por definir prioridades, racionalizar a deambulação e planejar as atividades que requerem maior energia durante o período de pico, ou seja, quando o indivíduo se sentir mais capaz de as executar, estando no seu auge de energia.

A intolerância à atividade é definida na CIPE (2015) como um tipo de resistência com as características específicas: diminuição da capacidade para manter a energia para tolerar ou completar as atividades diárias necessárias ou desejadas, acompanhada de cansaço fácil, e movimentos corporais extenuantes.

Todavia, ainda que os conceitos de dispneia e intolerância à atividade sejam distintos, apresentam uma relação recíproca de causa-efeito, uma vez que a intolerância à atividade é consequência da inatividade produzida pelo aparecimento da dispneia. O agravamento deste sintoma leva a pessoa a reduzir a sua atividade física, promovendo um ciclo vicioso de desadaptação progressiva ao exercício (Cordeiro e Menoita, 2012).

### **Emoção – Ansiedade**

A ansiedade é uma emoção humana universal, contudo pode manifestar-se como uma emoção negativa em que o indivíduo se sente ameaçado, em perigo ou angustiado, devido a causas conhecidas ou desconhecidas, podendo tornar-se intensa e aumentar com o stress ou com a doença (ICN, 2019).

Em cuidados paliativos, a ansiedade é um problema com elevada prevalência, na medida em que para além da gravidade da doença, que acarreta uma sensação de vulnerabilidade e perda de autoconfiança, juntam-se preocupações como a perda da esperança na cura e a proximidade da morte (Barbosa et al., 2016).

## **1.6. Conceção de Cuidados**

### **Consciência**

28-12-2023 13:00

28-12-2023 13:00 - Consciente.

**28-12-2023 13:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência  
[manhã]

**28-12-2023 13:00 - Determinar evolução da consciência**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução da consciência [manhã]  
28-12-2023 13:00 - Utilizar Escala de Coma de Glasgow [manhã]

### **Sensações somáticas**

28-12-2023 13:00

28-12-2023 13:00 - Manifesta dor.

#### **28-12-2023 13:00 - Dor**

28-12-2023 13:00 - Localização da dor

28-12-2023 13:00 - Membro inferior Direita(o)

28-12-2023 13:00 - Intensidade da dor - 6.

28-12-2023 13:00 - frequência da dor - intermitente. 28-12-2023 13:00 - duração da dor - aguda.

28-12-2023 13:00 - dor de tipo - moedeira.

#### **28-12-2023 13:00 - Determinar evolução da dor**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução da dor [manhã]

28-12-2023 13:00 - Utilizar escala numérica da dor [manhã]

#### **28-12-2023 13:00 - Diminuir dor**

28-12-2023 13:00 - Gerir analgesia [manhã]

28-12-2023 13:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [manhã]

28-12-2023 13:00 - Executar massagem [manhã]

28-12-2023 13:00 - Posicionar para aliviar a dor [manhã]

28-12-2023 13:00 - Administrar analgesia prescrita [manhã]

28-12-2023 13:00 - Administrar analgesia em SOS [manhã]

#### **28-12-2023 13:00 - Promover autocontrolo: dor**

28-12-2023 13:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-12-2023 13:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **28-12-2023 13:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas**

#### **28-12-2023 13:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente**

#### **28-12-2023 13:00 - Potencial para melhorar capacidade para autocontrolar analgesia**

#### **28-12-2023 13:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para autocontrolar a analgesia**

#### **28-12-2023 13:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas**

28-12-2023 13:00 - Ensinar sobre posicionamento confortável [manhã]

28-12-2023 13:00 - Ensinar acerca de massagem de relaxamento [manhã]

### **Sistema respiratório**

28-12-2023 13:00

28-12-2023 13:00 - Frequência respiratória: 22 ciclos/min.

28-12-2023 13:00 - Ritmo respiratório irregular.

28-12-2023 13:00 - Movimento respiratório assimétrico.

28-12-2023 13:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

28-12-2023 13:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

28-12-2023 13:00 - Sem adejo nasal.

28-12-2023 13:00 - Saturação do oxigénio no sangue

28-12-2023 13:00 - Periférico(a): 90 %.  
28-12-2023 13:00 - Coloração da mucosa: rosada.  
28-12-2023 13:00 - Comunica falta de ar quando em repouso e em posição confortável.  
28-12-2023 13:00 - Reflexo da tosse: presente.  
28-12-2023 13:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.  
28-12-2023 13:00 - Sons respiratórios: normais.

#### **28-12-2023 13:00 - Dispneia**

##### **28-12-2023 13:00 - Determinar evolução da dispneia**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução da dispneia [manhã]

##### **28-12-2023 13:00 - Melhorar ventilação**

28-12-2023 13:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [manhã]

28-12-2023 13:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [manhã]

##### **28-12-2023 13:00 - Promover autocontrolo: dispneia**

28-12-2023 13:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [manhã]

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia [manhã]

28-12-2023 13:00 - Avaliar dificuldade respiratória segundo escala visual analógica [manhã]

28-12-2023 13:00 - Avaliar sensação de falta de ar [manhã]

#### **Sistema cardiovascular**

28-12-2023 13:00

28-12-2023 13:00 - Localização do Pulso

28-12-2023 13:00 - Punho Esquerda(o)

28-12-2023 13:00 - Frequência do pulso: 94 pulsações por minuto.

28-12-2023 13:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

28-12-2023 13:00 - Pulso rítmico.

28-12-2023 13:00 - Pulso simétrico.

28-12-2023 13:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

28-12-2023 13:00 - Membro superior Esquerda(o)

28-12-2023 13:00 - Pressão sanguínea sistólica: 100 mmHg.

28-12-2023 13:00 - Pressão sanguínea diastólica: 54 mmHg.

28-12-2023 13:00 - Temperatura das extremidades

28-12-2023 13:00 - Membro superior: Temperatura das extremidades diminuída.

28-12-2023 13:00 - Localização da dor

28-12-2023 13:00 - Membro inferior Direita(o)

28-12-2023 13:00 - Intensidade da dor - 6.

28-12-2023 13:00 - frequência da dor - intermitente

28-12-2023 13:00 - duração da dor - aguda.

28-12-2023 13:00 - dor de tipo - moedeira.

#### **Eliminação intestinal**

28-12-2023 13:00

28-12-2023 13:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

##### **28-12-2023 13:00 - Obstipação**

##### **28-12-2023 13:00 - Determinar evolução da obstipação**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução da obstipação [manhã]

**28-12-2023 13:00 - Promover eliminação intestinal**

28-12-2023 13:00 - Planejar dieta [manhã]

28-12-2023 13:00 - Gerir hidratação [manhã]

**Eliminação urinária**

28-12-2023 13:00

28-12-2023 13:00 - Quantidade de urina: 1200 ml.

28-12-2023 13:00 - Cor da urina: alaranjada.

**28-12-2023 13:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [manhã]

**Volume de líquidos**

28-12-2023 13:00

28-12-2023 13:00 - Aumento da sensação de sede.

28-12-2023 13:00 - Sinal de Godet

28-12-2023 13:00 - Membro inferior: Sinal de Godet moderado ( $\geq 2$  e  $< 4$  mm).

28-12-2023 13:00 - Turgor da pele diminuído, com formação de pregas cutâneas não naturais.

28-12-2023 13:00 - Pele húmida / viscosa.

**28-12-2023 13:00 - Edema**

28-12-2023 13:00 - Localização do edema

28-12-2023 13:00 - Membro inferior

**28-12-2023 13:00 - Determinar evolução de sinais de edema**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [manhã]

**28-12-2023 13:00 - Diminuir edema**

28-12-2023 13:00 - Posicionar para diminuir edema [manhã]

28-12-2023 13:00 - Gerir hidratação [manhã]

28-12-2023 13:00 - Massajar [manhã]

**Sono**

28-12-2023 13:00

28-12-2023 13:00 - Dormiu por períodos curtos.

28-12-2023 13:00 - Sono não reparador e intermitente .

**28-12-2023 13:00 - Sono comprometido**

**28-12-2023 13:00 - Determinar evolução do sono**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução do sono [manhã]

**28-12-2023 13:00 - Melhorar sono**

28-12-2023 13:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [manhã]

28-12-2023 13:00 - Gerir medicação [manhã]

28-12-2023 13:00 - Promover ambiente calmo, tranquilo, com pouca luz e pouco ruído [manhã]

28-12-2023 13:00 - Administrar medicação prescrita [manhã]

**Conservação de energia**

28-12-2023 13:00

28-12-2023 13:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

**28-12-2023 13:00 - Intolerância à atividade**

**28-12-2023 13:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [manhã]

28-12-2023 13:00 - Analisar quais as atividades em que a doente deve despende energia e programar períodos de repouso [manhã]

**28-12-2023 13:00 - Promover autogestão: atividade/repouso**

28-12-2023 13:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-12-2023 13:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [manhã]

## **Emoção**

28-12-2023 13:00

28-12-2023 13:00 - Sem indícios de humor depressivo.

28-12-2023 13:00 - Sem indícios de euforia.

28-12-2023 13:00 - Verbaliza ansiedade.

28-12-2023 13:00 - Manifestação de inquietação.

28-12-2023 13:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

28-12-2023 13:00 - Sem manifestação de pânico .

### **28-12-2023 13:00 - Ansiedade**

#### **28-12-2023 13:00 - Determinar evolução da ansiedade**

28-12-2023 13:00 - Avaliar evolução da ansiedade [manhã]

#### **28-12-2023 13:00 - Diminuir ansiedade**

28-12-2023 13:00 - Executar técnica de relaxamento [manhã]

28-12-2023 13:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [manhã]

28-12-2023 13:00 - Ensinar técnicas de respiração [manhã]

28-12-2023 13:00 - Proporcionar ambiente calmo e tranquilo [manhã]

#### **28-12-2023 13:00 - Promover autocontrolo: ansiedade**

28-12-2023 13:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-12-2023 13:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-12-2023 13:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-12-2023 13:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-12-2023 13:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-12-2023 13:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: desvalorização.

#### **28-12-2023 13:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade**

#### **28-12-2023 13:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade**

#### **28-12-2023 13:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade**

#### **28-12-2023 13:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade**

#### **28-12-2023 13:00 - Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade**

### **1.7. Síntese relativa ao caso**

A solicitação de pedido de colaboração por parte da EIHS CP, foi com o propósito de controlo de sintomas, nomeadamente a dor, a ansiedade e a dispneia. Contudo, a existência de sintomas é frequentemente associada à diminuição da qualidade de vida, o que implica, necessariamente, um controlo adequado dos mesmos em todo o processo de doença.

O descontrolo sintomático tem um grande impacto na qualidade de vida do doente, por isso aliviar e minimizar o sofrimento torna-se primordial em situações de doença progressiva e incurável. O controlo eficaz dos sintomas, a satisfação de necessidades e desejos que visem o conforto e qualidade de vida só é possível após uma correta avaliação.

Na primeira visita da EIHS CP, aqui registada como 1ª sessão, a doente encontrava-se sentada no cadeirão, consciente e orientada, com fácies de dor, e quando questionada referia apresentar dor no membro inferior direito que a incapacitava de realizar algumas atividades de vida diárias, nomeadamente caminhar. A doente aludia também, períodos em que se sentia mais ansiosa, nomeadamente aquando dos episódios de dor, mas também relacionados com o internamento e o facto de não estar a sentir melhorias.

Durante a avaliação, foi interrogado à utente se sentia dispneia, referiu-nos que não tolerava o leito da cama a 0º, pedindo sempre para ficar com a cabeceira elevada, nomeadamente no período da noite. Portanto, existia uma implicação no seu sono, e foi referido também que pedia muitas vezes durante a noite para que a ajudassem a sentar no cadeirão para poder dormir melhor. Conseguia dizer-nos que todos os sintomas agravavam com a ansiedade.

Num segundo contacto, cerca de seis dias depois, a doente encontrava-se com uma melhoria da dor no membro inferior, da dispneia e também da ansiedade. Por isso, apenas tinha necessidade de cerca de um SOS de medicação para alívio da dispneia e da ansiedade. Posteriormente, foi discutida a situação clínica com equipa assistente, tendo sido efetuadas alterações terapêuticas. Num terceiro contacto, a doente apresentava-se confortável, referia sentir-se melhor desde que teve a nossa visita, acabando por ter alta pela EIHS CP.

Estes dois últimos contactos não foram efetivados em sessões na plataforma por uma questão de necessidade de gestão de prioridades, nomeadamente gestão de tempo. Como referido anteriormente, a enfermeira da equipa foi abordada pela equipa de enfermagem da unidade onde a doente se encontrava internada, solicitando um pedido de ajuda pelo descontrolo de

sintomas da doente e a incapacidade de a conseguirem ajudar. Neste sentido, foi identificado um desgaste significativo, por parte da equipa de internamento.

A equipa atuou com base no modelo cooperativo, com intervenção na crise, que era o descontrolo sintomático.

Foi necessário desmascarar alguns mitos, sobre a ideia de que os CP só devem intervir numa fase final de vida, e que infelizmente ainda é algo prevalente na realidade dos cuidados de saúde. Na minha prática diária, já denoto alguma evolução relativamente a esta ideia. Outro dos mitos identificados, tem a ver com a prescrição de morfina, a qual a médica assistente demonstrou sempre renitência, e acabou por suspender, cerca de uma semana após a prescrição inicial.

A EIHSCP é uma equipa de consultoria, o que não invalida a prestação direta de cuidados, mas este é um dos pontos de atuação, assim sendo, a equipa sentiu alguns constrangimentos por parte da equipa assistencial, nomeadamente a pouca disponibilidade para a intervenção da equipa.

Neste caso clínico, não foram possíveis abordar alguns assuntos com a doente, nomeadamente devido à mesma não ter total informação sobre a sua situação de saúde-doença, uma vez que percebemos que a equipa não falava de forma aberta com a doente durante a nossa abordagem. Com isto, revela-se uma falha de comunicação, que pode comprometer a condição clínica da utente e a gestão da ansiedade que também condiciona o processo.

## Referências Bibliográficas

Abejas, A. G., Duarte, C (2021). Humanização em cuidados paliativos. Lidel.

Adams, H. P., Jr, Bendixen, B. H., Kappelle, L. J., Biller, J., Love, B. B., Gordon, D. L., & Marsh, E. E., 3rd (1993). Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*, 24(1), 35–41. <https://doi.org/10.1161/01.str.24.1.35>

Alves, E. M. (2020). O impacto da resiliência e do ambiente ético hospitalar na perceção de burnout nos profissionais de saúde. [Tese de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/129321>

Alves, M., Jardim, M., & Freitas, O. (2012). Sofrimento do doente oncológico em situação paliativa. *Revista Referência*, 3 (8), 115-124. <http://hdl.handle.net/10400.13/3591>

Anderson F, Downing G, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. [Internet]. 1996 [citado 2022 Out 6];12(1):5-11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8857241/>.

Balami, J. S., Chen, R. L., & Buchan, A. M. (2013). Stroke syndromes and clinical management. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, 106(7), 607–615. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hct057>

Barata, P., Santos, F., Mesquita, G., Cardoso, A., Custódio, M. P., Alves, M., Papoila, A. L.,

Barbosa, A., & Lawlor, P. (2016). Pain Intensity and Time to Death of Cancer Patients Referred to Palliative Care. *Acta Médica Portuguesa*, 29(11), 694–701. <https://doi.org/10.20344/amp.75577>

Barbosa, A., Pina, P. & Neto, I. (2016). Manual de Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina de Lisboa, 3a Edição.

Bárrios, H. (2016). Perturbações do sono em cuidados paliativos. In M. L. Capelas, Manual de Cuidados Paliativos 3ª Edição (281-296). Universidade de Lisboa.

Bastos, S.C. (2022). Mecanismos de resistência aos inibidores da tirosina cinase do recetor do fator de crescimento epidérmico no cancro de pulmão de não pequenas células. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/142348>

Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2016). Burnout e Autocuidados. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I., Manual de Cuidados Paliativos (pp.899-906). Lisboa: 3ª Edição

Cabral, C., Covelo, S., Leite, L., Matos, D. e Santos, J. (2015). O sono na pessoa com doença oncológica. *Revista Investigação em Enfermagem*, (12), 18-28. [https://www.researchgate.net/publication/285037151\\_O\\_sono\\_na\\_pessoa\\_com\\_doenca\\_oncologica/link/565af67c08aefe619b241df9/download](https://www.researchgate.net/publication/285037151_O_sono_na_pessoa_com_doenca_oncologica/link/565af67c08aefe619b241df9/download)

Conselho Internacional de Enfermeiros (2019). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I Série –A, N.º 205 (04-09 - 1996) 2959-2962.

Escola Superior de Enfermagem do Porto (2021). Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem. Porto: ESEP.

Faria, S. A. (2019). Saúde psicológica dos enfermeiros: um estudo sobre burnout e engagement. [Tese de Mestrado]. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/121004>

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

Freire, E. (2021). Guia Prático de Controlo Sintomático. Núcleo de estudos de medicina paliativa. 2o Edição. Angelini.

Furie K. (2020). Epidemiology and Primary Prevention of Stroke. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 26(2), 260–267. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000831>

Gonçalves, J.P. (2014). Endocardite Infeciosa- Abordagem Clínica, Tratamento e Prognóstico. [Dissertação de Mestrado, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76531/2/32673.pdf>

Hoehn, B., & Duval, X. (2013). Infective endocarditis. *The New England journal of medicine*, 369(8), 785. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1307282>

Hurford, R., Siripurapu, R., Emsley, H. C. A., Lovett, J., Werring, D., & Punter, M. N. M. (2023). Uncommon causes of ischaemic stroke: how to approach the diagnosis. *Practical neurology*, 23(1), 35–45. <https://doi.org/10.1136/pn-2022-003449>

Hutchinson, B. D., Shroff, G. S., Truong, M. T., & Ko, J. P. (2019). Spectrum of Lung Adenocarcinoma. *Seminars in ultrasound, CT, and MR*, 40(3), 255–264. <https://doi.org/10.1053/j.sult.2018.11.009>

International Council of Nurses [ICN]. (2019). CIPE versão 2: Classificação internacional para prática de enfermagem (H. Castro, Trad.). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Lei nº 52/2012 do Ministério da Saúde (2012). Diário Da República: I Série, nº 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: a nurse's primer. *Online journal of issues in nursing*, 16(1), 3. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man03>

Mesquita, C., Yahiro, D., Silva, N., Ribeiro, B., Sales, J., Laranja, M. & Mesquita, E. (2023). Endocardite infecciosa: uma revisão narrativa. *Med. Ciên. e Arte, Rio de Janeiro*, 1(2) 73-84. <https://medicinacienciaearte.emnuvens.com.br/revista/article/view/52>

Menezes, M., & Camargo, T. C. (2006). Cancer-related fatigue as a thematic issue in oncology nursing]. *PubMed*, 14(3), 442–447. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000300020>

Mercadante, S., Adile, C., Ferreira, P., Masedu, F., Valenti, M. & Aielli, F. (2017). Sleep disturbances in advanced cancer patients admitted to a supportive/palliative care unit. *Support Care Cancer*, 25, 1301-1306. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3524-4>

Minosso, J., Martins, M. & Oliveira, M. (2022). Cuidados paliativos na formação inicial em enfermagem: Um estudo de métodos mistos. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-7. <https://dx.doi.org/10.12707/rv21060>

Moulin, S., & Leys, D. (2019). Stroke mimics and chameleons. *Current opinion in neurology*, 32(1), 54–59. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000620>

Moreno, D.R. (2020). *Imunoterapia e cancro: cancro do pulmão. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia). Repositório Aberto da Universidade de Lisboa.* <http://hdl.handle.net/10451/52146>

Oken M, Creech R, Tormey D, Horton J, Davis T, McFadden E, Carbone P. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. [Internet]. 1982 [citado 2022 Out 6];5(6):649-655. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7165009/>.DOI: 10.1097/00000421-198212000-00014

Peters E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing forum*, 53(4), 466–480. <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161 (9), 176-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Rodger, L., Glockler-Lauf, S. D., Shojaei, E., Sherazi, A., Hallam, B., Koivu, S., Gupta, K., Hosseini-Moghaddam, S. M., & Silverman, M. (2018). Clinical Characteristics and Factors Associated With Mortality in First-Episode Infective Endocarditis Among Persons Who Inject Drugs. *JAMA network open*, 1(7), e185220. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.5220>

Romito, F., Cormio, C., De Padova, S., Lorusso, V., Berio, M., Fimiani, F., Piattelli, A., Palazzo, S., Abram, G., Dudine, L., Guglielmi, A., Galise, I., Romito, S. & Mattioli, V. (2013). Patients attitudes towards sleep disturbances during chemotherapy. *European Journal of Cancer Care*, 23(3), 385-393. <https://doi.org/10.1111/ecc.12106>

Sabo B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work?. *International journal of nursing practice*, 12(3), 136–142. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00562.x>

Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>

Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2nd ed.). Pocatello: ProQOL.org,

Vaz, L. P. (2020). *Comunicação em Cuidados Paliativos: O sentir dos profissionais de saúde*. [Tese de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Velloso, M., & Jardim, J. R. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *Jornal Brasileiro De Pneumologia*, 32(6), 580–586. <https://doi.org/10.1590/s1806-37132006000600017->