

**2º Curso de Pós – Licenciatura e Mestrado em Enfermagem  
Médico – Cirúrgica Vertente Oncológica  
Estágio com Relatório**

**O IMPACTO DA FADIGA  
RELACIONADA COM O CANCRO NA  
CAPACIDADE PARA O  
AUTOCUIDADO NO DOENTE  
SUBMETIDO A TRANSPLANTE DE  
MEDULA ÓSSEA**

**ANA CRISTINA NUNES**

**Nº 3676**

**LISBOA 2012**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**2º Curso de Pós – Licenciatura e Mestrado em Enfermagem**

**Médico – Cirúrgica Vertente Oncológica**

**Estágio com Relatório**

# **O IMPACTO DA FADIGA RELACIONADA COM O CANCRO NA CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO NO DOENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**

Relatório de Estágio orientado por:

Orientadora: Enfermeira Antónia Espadinha

Coorientadora: Enfermeira Elsa Oliveira

Elaborado por:

Ana Cristina Silva Nunes

Nº 3676

**LISBOA 2012**

Dedico este trabalho e o meu agradecimento especial, ao meu marido Rui e aos meus filhos João Maria e Maria, que sempre aturaram a minha ausência e mau-humor, sem reclamar e muito me apoiaram.

Além deles quero agradecer a prestimosa ajuda da minha orientadora a Sr<sup>a</sup> Enfermeira Antónia Espadinha, sem a sua inestimável orientação e ajuda este percurso não seria possível. Agradeço ainda a orientação recebida pela Sr<sup>a</sup> Enfermeira Elsa Oliveira, coorientadora deste projeto.

## RESUMO

Este relatório de estágio do 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente de Enfermagem Oncológica, tem como finalidade explicitar as aprendizagens e competências de enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas no domínio da gestão investigação e formação dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais.

A fadiga relacionada com o cancro (FRC), segundo Bonassa (2005) é uma persistente e subjetiva sensação de cansaço relacionada com a doença ou com o seu tratamento que interfere nas atividades diárias, além disso, não se resolve com o sono ou descanso, sendo de magnitude e persistência superior Sendo a fadiga relacionada com o cancro inibidora para as atividades diárias, torna-se fundamental que os enfermeiros encontrem estratégias que a minimizem, capacitando os doentes para o autocuidado na prevenção da mesma. Como nos refere Orem (1995), a teórica que serviu de linha orientadora a este trabalho, quando a demanda do autocuidado terapêutico excede a capacidade para o autocuidado do indivíduo, é possível a presença de um autocuidado deficitário, onde se insere a atuação da enfermagem.

Consciente que a FRC nem sempre é valorizada tanto pelos enfermeiros, como pelo doente e família e preocupada desde há algum tempo com as repercussões deste sintoma na qualidade de vida do doente que o detém, identifiquei como área do meu interesse para desenvolver competências específicas inerentes às do Enfermeiro especialista nesta área: “A problemática do doente oncológico submetido a TMO com FRC. O objetivo geral deste estágio foi, prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente submetido a TMO com FRC, de forma a capacitá-lo para o autocuidado.

Como metodologia para atingir os objetivos que delineei, recorri à pesquisa bibliográfica alargada nomeadamente recorrendo a bases de dados científicas como a Ebsco, Medline, Cochrane, Elsevier e Scielo. Utilizei o método reflexivo do Ciclo de Gibbs, que me permitiu desenvolver e aperfeiçoar uma prática reflexiva. De acordo com este método efetuei de registos de algumas situações das quais ficam quatro registos em apêndice.

Ao longo deste percurso consegui aliar competências técnicas com relacionais e direcionarei os cuidados para o doente e família. Ficou evidente neste trabalho que a falta de conhecimentos dos profissionais de saúde acerca do tema, FRC e consequentemente a sua não valorização, implica que esta não seja avaliada corretamente, logo a sua gestão também não é eficaz.

Saliento que além de ter aprofundado os meus conhecimentos acerca deste tema, consegui sensibilizar os colegas para ele, através da realização de várias sessões de informação e de debates durante os ensinamentos clínicos. Neste momento tenho uma parte do percurso percorrido, para a validação de uma escala de avaliação de FRC que pretendo continuar após o término deste atual projeto.

Torna-se primordial que fiquemos despertos para este tema, pois a FRC pode persistir durante anos após o término do tratamento, e inevitavelmente irá refletir-se nas diferentes áreas da vida dos doentes.

**Palavras-Chave:** Doente e família, Transplante de M. O., FRC, autocuidado.

## **ABSTRAT**

The object of this training report covering the 3rd semester of a nursing master's degree specializing in medical surgery - oncology nursing option, is to define the knowledge and competences of the nurse in Medical surgery nursing acquired in the domain of investigation and care management and the domain of professional apprenticeship.

Cancer related fatigue, according to Bonassa (2005), is a persistent and subjective feeling of tiredness related to the illness or its treatment that interferes in daily activities and besides cannot be resolved by sleep or rest as it is of superior magnitude and persistence.

As cancer related fatigue inhibits daily activities, it becomes fundamental that nurses find strategies that minimize it and capacitate patients in fatigue preventive self-care.

As mentioned in Orem's theory, (theory used to orientate this work,) when the demand for therapeutical self-care exceeds the capacity of the individual's self-

care, it is possible to make available a deficit self-care, where nursing can intervene.

Conscious that cancer related fatigue is not always given its true value either nurses, patients nor their families and having been preoccupied for sometime with the repercussions of the symptom on the patient's quality of life, I identified my area of interest as being the development of specialized competences inherent to those of the nurse specialized in this area. "The problematic of the oncology patient subject to Bone marrow Transplant with Cancer Related Fatigue".

The general object of this training period was to, give specialized nursing care to patients subject to BMT with Cancer related fatigue, in order to capacitate them to self care.

As methodology used to obtain the outlined objectives, I referred to a large and varied bibliography, such as, Ebsco, Medline, Cochrane, Elsevier and Scielo. I used the reflective method of Cycle de Gibbs, which allowed me to develop and perfect a reflective practice. In accordance with this method, I registered some case studies, four of which are enclosed as appendixes.

Throughout this course, I was able to alien technical competences with good relations and directed the care to the patient and his/her family.

This work brought to light that the lack of knowledge of healthcare professionals concerning cancer related fatigue, and in consequence, its non valorization, implies that correct relief is not given and that its management is inefficient.

I would like to stress, that, other than deepening my knowledge of this subject, I was able to, by means of informative sessions and debates during clinical teaching, make my colleagues aware of it.

At present I have covered part of the course to validate a scale of valuation of cancer related fatigue that I will continue once this actual project is finished.

It is primordial that we are aware of this subject, as cancer related fatigue can persist many years after the end of treatment and will inevitably impact different areas of the patient's life.

**Keywords:** patients and families, Bone Marrow, CFR, self-care.

## **SIGLAS**

TMO – Transplante de Medula Óssea

UTM – Unidade de Transplante Medular

FRC – Fadiga Relacionada com o cancro

UTMO – Unidade de Transplante de Medula Óssea

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 – QUADRO CONCEPTUAL	15
1.1 Impacto da FRC	15
1.2 Avaliação da FRC	16
1.3 Défice de Autocuidado	18
2 – CAMINHO PERCORRIDO	20
2.1 – UTMO	20
2.1.1 – Objetivo Especifico: Aprofundar conhecimentos científicos acerca da FRC, em particular com a fadiga relacionada com oTMO.	21
2.1.2 – Objetivo Especifico: Compreender as estratégias de ensino que a equipa de enfermagem realiza na capacitação do autocuidado do doente transplantado com FRC.	21
2.1.3 – Objetivo Específico: Participar nos cuidados prestados ao doente submetido a TMO com FRC, tendo em vista a capacitação do doente.	23
2.1.4 – Objetivo Específico: Aplicar estratégias que minimizem o impacto da FRC no autocuidado do doente submetido a TMO, tendo em conta que trabalho na UTM e pretendo implementar algumas mudanças.	28

2.2 – UTM	30
2.2.1 – Objetivo Especifico: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de realizar um ensino eficaz ao doente para o capacitar para o autocuidado em relação à FRC, aplicando estratégias que minimizem o impacto da FRC nos doentes submetidos a TMO.	30
2.2.2 – Objetivo Especifico: Agir como elemento de referência na equipa de enfermagem em relação ao ensino do doente submetido a TMO com FRC.	33
2.2.3 – Objetivo Especifico: Capacitar o doente submetido a TMO com FRC para o autocuidado.	35
2.3 - QUESTÕES ÉTICAS	38
3 – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	40
BIBLIOGRAFIA	42
APENDICES	
APENDICE I – Cronograma do relatório, subordinado ao tema: O impacto da FRC na capacidade para o autocuidado do doente submetido a TMO.	
APENDICE II - Reflexão nº 1	
APENDICE III - Reflexão nº 2	
APENDICE IV – Apresentação da sessão “ O impacto da FRC no doente submetido a TMO”	
APENDICE V – Plano da sessão apresentada na UTMO	

APENDICE VI – Avaliação da sessão na UTMO

APENDICE VII – Sondagem de opinião aos colegas da UTM

APENDICE VIII – Plano da sessão na UTM

APENDICE IX – Avaliação da sessão na UTM

APENDICE X – Reflexão nº 3

APENDICE XI – Reflexão nº 4

ANEXOS

ANEXO I - Algoritmo para avaliação e intervenção na fadiga relacionada com o cancro

ANEXO II – Avaliação da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Orientadora da UTMO

ANEXO III – Escala de Fadiga de Piper, revista por Mota & Pimenta

ANEXO IV - Pictograma de Fadiga

ANEXO V - Avaliação da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Orientadora da UTM

## INTRODUÇÃO

A evolução científica e tecnológica nos cuidados de saúde contribuiu para o aumento da expectativa de vida das populações, e em simultâneo para o aumento das doenças crónicas que segundo a Organização Mundial de Saúde( Who,2008) são responsáveis por cerca de 35 milhões de mortes por ano.

A doença oncológica é atualmente enquadrada no contexto de doença crónica. Hoje, um diagnóstico de cancro deixou de ser sinónimo de morte passando em muitos casos a ser percecionado como uma incerteza entre a vida e a morte. É neste contexto de incertezas que o doente oncológico e, sua família, vivem ao longo do ciclo de doença.

A doença oncológica provoca sempre impactos negativos para o doente, como por exemplo, perda da autonomia e do auto cuidado causadas não apenas pelas limitações físicas impostas pela doença e efeitos secundários da terapêutica, mas também, pelas suas condições psicossociais.

Uma das modalidades terapêuticas utilizadas no tratamento contra a doença oncológica é o Transplante de Medula Óssea (TMO) que utiliza altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia, recorrendo seguidamente ao “resgate” por meio da infusão de medula óssea, células progenitoras do sangue periférico, ou células obtidas do sangue de cordão umbilical. É denominado autólogo, quando se utiliza medula óssea ou células progenitoras hematopoiéticas do próprio doente, singênico quando o doador é irmão gémeo univitelino; alogênico relacionado quando o dador é irmão idêntico relativamente ao sistema antígeno leucocitário humano (HLA), e alogênico não relacionado, se o dador for não familiar e HLA fenotipicamente idêntico. É indicado em determinadas patologias do foro hematooncológico, oncológico e imunológico, modificando significativamente o prognóstico dos doentes portadores de doenças que, até há alguns anos atrás, eram fatais. O TMO é um procedimento agressivo, de alto custo financeiro, acarretando severos efeitos colaterais, como por exemplo complicações físicas, psicológicas, sociais e espirituais que são vivenciadas pelo doente e família. O respetivo processo de recuperação é moroso com necessidade de um longo período em internamento em regime de isolamento protetor e invariavelmente existe a obrigatoriedade a um acompanhamento em

ambulatório por um longo período, após a alta hospitalar, durante a qual existe a possibilidade de várias complicações, decorrentes do tratamento, sobretudo no doente submetido a transplante alogênico. (Keller, 2000)

No ano de 2011, realizaram-se na UTM, um total de 84 transplantes, dos quais 55 foram autólogos e 29 alogénicos, este número tem vindo a aumentar. Há 11 anos, em 2001, foram realizados 67 transplantes 38 autólogos e 29 alogénicos. O número total de transplantes aumentou nestes 10 anos.

As patologias mais frequentes dos doentes transplantados são Mieloma Múltiplo, Linfomas de Hodgkin e não Hodgkin e de Burkitt, Neuroblastoma, Sarcoma de Ewing, (dos autólogos), Leucemias Agudas e Crónicas, Talassémia Major e Anemia Aplásica (dos alogénicos).

Um dos sintomas inerentes à vivência do cancro, que afeta cerca de 70 a 100% dos doentes oncológicos, e é considerado um dos grandes obstáculos à sua qualidade de vida é a fadiga. (Menezes & Camargo, 2006)

Os doentes submetidos a TMO, são na sua maioria doentes oncológicos, logo o sintoma fadiga relacionada com cancro está presente ao longo do seu internamento e conseqüentemente no período pós transplante.

Fadiga, segundo Mota e Pimenta (2002) é uma experiência subjetiva e difusa que envolve aspetos físicos, psicológicos e cognitivos. Pode ser aguda, quando há descrição de extremo cansaço resultante de stress físico ou mental e que melhora com o repouso; ou crónica, quando há relato de fadiga que não melhora com o repouso e ainda há perda da funcionalidade.

Fadiga relacionada com o cancro (FRC), pode ser definida segundo Bonassa (2005) como uma persistente e subjetiva sensação de cansaço relacionada com a doença ou com o seu tratamento que irá interferir nas atividades diárias, além disso, não se resolve com o sono ou descanso, sendo de magnitude e persistência superior. Relata ainda que esta é um fator mais stressante para os doentes submetidos a quimioterapia/ radioterapia, do que a dor ou as náuseas e vômitos, referindo que esta pode ser decisiva para a resolução futura de adaptação a uma vivência diária com o cancro. Os sintomas relacionados com

esta são, fraqueza, diminuição da concentração, insónias ou sono excessivo, sono não reparador, necessidade de desenvolver um esforço substancial para vencer a inatividade, perda de memória recente. Estes são consequências do tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia, e não provocados por depressão, distúrbios de somatização ou delírio.

Para autores como Campos [et al.] (2011) a FRC é um sintoma que interfere com a qualidade de vida dos doentes com cancro, sendo esta referida como um fator preponderante na diminuição da qualidade de vida e satisfação pessoal dos doentes. De acordo com os autores, “ *A fadiga relacionada com o cancro pode ser um sintoma que persiste por meses a anos nesta população após tratamento de quimioterapia.*” Citam um estudo de Cella [et al] (2001), em que a fadiga estava presente em 60% dos doentes com doença de Hodgkin, com ausência de doença há mais de 5 anos.

Reportando-me a alguns autores, a FRC é considerada o sintoma mais incómodo para os doentes oncológicos, pois estes não a valorizam, considerando-a uma consequência inevitável dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia a que são submetidos. Neste âmbito, Campos, (2011) acrescenta ainda que os profissionais de saúde muitas vezes tem conhecimentos insuficientes sobre FRC e o respetivo tratamento, ou então subestimam o seu impacto na qualidade de vida dos doentes.

Por sua vez, os doentes pensam que esta é uma consequência inevitável do seu tratamento e não a mencionam com medo de provocar alguma alteração significativa do tratamento a que são submetidos. Os cuidadores informais, consideram-na um sintoma esperado e sem tratamento, não se preocupando em a referenciar aos profissionais de saúde. Que a subvalorizam como sintoma real, por desconhecerem a existência de tratamentos eficazes ou a real influencia desta no quotidiano dos doentes oncológicos. Bonassa (2005); Mota & Pimenta (2002); Menezes & Camargo (2006).

Segundo, Gorini [et al.], (2010) “*a fadiga relacionada com cancro é um sintoma prevalente na doença oncológica avançada, comprometendo 75% a 85% dos doentes*”. Os mesmos autores referem-se à FRC como debilitante por comprometer a execução das atividades diárias e promover uma má qualidade

de vida, comprometendo o próprio tratamento, sendo causada por diversos fatores, que englobam as dimensões físicas, emocional e cognitiva dos doentes. A dimensão física expressa-se por diminuição da energia, necessidade de descanso, interfere na realização das atividades diárias. A emocional, por diminuição da motivação ou do interesse, limitando as atividades que proporcionam prazer. A cognitiva por diminuição da atenção, concentração e memória, prejudicando a realização de atividades como a leitura ou condução.

Exerço uma profissão que me realiza, sou enfermeira há 18 anos, 16 dos quais na Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos, num hospital oncológico em Lisboa e desde o início me senti fascinada pela área da oncologia, mais especificamente pela da Transplantação Medular. Por este motivo e porque a nossa aprendizagem profissional e pessoal deve ser constante, um dos meus objetivos profissionais era o grau de especialista e eventualmente de mestre em enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica vertente de Enfermagem Oncológica.

Optei por me orientar neste percurso pelas competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Para esta, enfermeiro especialista é aquele “ *a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade*”. (Ordem dos Enfermeiros, 2011,p.10)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista deve desenvolver competências, no domínio da gestão, investigação e formação, dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais. Neste âmbito, surgiu a necessidade de realizar dois ensinamentos clínicos, o primeiro na Unidade de Transplante de Medula Óssea de um hospital central de Lisboa e o segundo na Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos, onde exerço funções, para estudar de forma aprofundada a fadiga relacionada com o cancro no doente submetido a TMO, que me permita capacitá-lo no seu autocuidado.

Estes ensinamentos clínicos são essenciais para a validação e aplicação dos conhecimentos teóricos que adquiri e também para a aquisição de novas competências como enfermeira especialista nomeadamente na área de

promoção de estratégias que avaliam e minimizam a FRC. Segundo Benner (2001), é através da prática que se adquirem as competências. Como tal no final deste percurso pretendo ser uma enfermeira que:

- Presta cuidados de qualidade baseados na mais recente evidência científica aos doentes com FRC submetidos a TMO.
- Aplica os conhecimentos especializados adquiridos junto do doente/família com FRC submetidos a TMO.
- Capacita o doente submetido a TMO com FRC com estratégias para a combater.
- Desempenha um papel dinamizador na equipa de enfermagem, capacitando-a para os cuidados ao doente relacionado com a FRC.

De acordo com as competências que pretendo adquirir como enfermeira especialista, designei o seguinte objetivo geral:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente submetido a TMO com FRC, de forma a capacitá-lo para o autocuidado.

Os ensinamentos clínicos realizaram-se de 1 de Outubro de 2011, a 31 de Janeiro de 2012, conforme cronograma elaborado. (Apêndice I)

Este trabalho encontra-se dividido em 4 Partes: A Introdução, em que justifico a escolha da temática, as competências e os objetivos geral e específicos. O quadro conceptual, prevalência da FRC, avaliação da FRC e Deficit de autocuidado de Dorothea Orem, o qual foi selecionado para sustentar o percurso da temática. Apresentação e reflexão cientificamente fundamentadas das atividades desenvolvidas e competências adquiridas e intervenções de enfermagem. Termina com as implicações para o futuro, onde apresento uma reflexão final sobre o trabalho desenvolvido e as implicações práticas do mesmo para o meu contexto de trabalho, finalizando com os anexos.

# 1 – QUADRO CONCEPTUAL

## 1.1- Impacto da FRC

Vários são os fatores e múltiplas as causas que podem contribuir para a FRC. Não existe uma única causa para este fenómeno, sendo as suas causas multifatoriais.

Segundo Ahleberg et al (2003), os mecanismos responsáveis pelo aparecimento da FRC, não são completamente conhecidos, no entanto, considera os fatores fisiológicos e psicossociais os mais influentes.

Nos fatores fisiológicos incluem a anemia, os tratamentos associados ao cancro (cirurgia, quimioterapia, radioterapia), caquexia, o tipo de tumor e o seu estágio, e a presença de distúrbios hormonais. Barnet (2000) acrescenta ainda a dor, a nutrição e múltiplas medicações.

Em relação aos psicossociais Ahlberg (2003) refere a ansiedade, a depressão, a redução da atividade física, a dificuldade em adormecer e os horários de trabalho. Barnet (2000), ainda acrescenta a aparência, o controlo, a situação económica, as relações e a função sexual.

Os doentes, os cuidadores informais e até mesmo os próprios profissionais de saúde, nos quais eu me incluo, têm tendência para desvalorizar a FRC, considerando-a um fator expectável e aceite como consequência da doença e respetivo tratamento. Segundo Menezes e Camargo (2006), os doentes e os seus cuidadores consideram a fadiga uma consequência direta e inevitável do tratamento que deve ser suportada em prol da cura.

A falta de conhecimento dos profissionais de saúde acerca do tema FRC implica que esta não seja avaliada corretamente, sendo a sua gestão ineficaz. Crang (1999) citado por Menezes e Camargo (2006), evidencia que muitos cuidadores de doentes oncológicos consideram que a fadiga não é um sintoma reconhecido ou passível de tratamento, pelo que não a relatam aos profissionais de saúde, (p.579). Por outro lado, existem situações em que este sintoma influencia negativamente a decisão do doente em aderir e/ou

prosseguir com o tratamento (Menezes e Camargo, 2006, p.443, e Bonassa, 2005, p.204), predominando o receio em informar o profissional de saúde sobre o seu estado de fadiga, temendo que a queixa leve a alterações da terapêutica, traduzindo-se quer numa diminuição de doses, quer na sua suspensão.

No entanto, a FRC á semelhança da dor, exige uma avaliação sistematizada quantitativa e qualitativa, que permita uma caracterização fiel do que esta representa para o doente e o modo como interfere com a sua qualidade de vida, provocando frequentemente um mal-estar e astenia intensos ao mínimo esforço, deixando os doentes exaustos física e emocionalmente. Estudos realizados na Irlanda por Dillon e Kelly (2003) citados por Bonassa (2005) mostram que a fadiga é apontada pela maioria dos doentes deste estudo (41%) como o efeito colateral mais incómodo, seguida de longe pela náusea (12%) e alopecia (8%).

De acordo com os autores referidos anteriormente a FRC pode persistir anos após o término do tratamento, e inevitavelmente reflete-se nas diferentes áreas da vida dos doentes.

## **1.2- Avaliação da FRC**

Segundo Kirshbaum (2010), a avaliação da fadiga é tão subjetiva como a da dor, porque não podem ser avaliadas por um observador ou medidas diretamente. Ambos são sintomas subjetivos e a sua avaliação depende do que o doente refere sentir.

Devem ser implementados os métodos que permitam uma avaliação da FRC, de uma forma multidimensional, no entanto como refere Ahlberg [et al] (2003), estes são difíceis de utilizar devido às limitações de tempo dos profissionais, à sobrecarga de trabalho que a utilização de escalas para avaliação da FRC necessita e à não valorização do sintoma por falta de conhecimento dos profissionais.

Portenoy e Itri (1999) sugerem que os profissionais de saúde podem utilizar três simples perguntas, para os ajudar a avaliar a gravidade da FRC e os seus efeitos ao longo do tempo.

- Sente algum tipo de fadiga?
- Se sim, qual a gravidade ao longo da última semana? Podem utilizar uma escala numérica, semelhante à da dor, com uma classificação de 0 a 10.
- (0 – 3 é fadiga ligeira; 4 – 6 é fadiga moderada; 7 – 10 é fadiga severa)
- Como interfere a fadiga na sua capacidade funcional?

Estas questões podem fornecer-nos algum conhecimento acerca do estado do doente, permitindo-nos alguma intervenção. Os níveis moderados de FRC causam desconforto e redução do nível da atividade, os níveis severos caracterizam-se por uma baixa acentuada na capacidade de trabalho e desempenho das atividades diárias. No entanto, embora esta classificação de 0 a 10, seja fácil de aplicar, só nos permite obter uma noção unidimensional da FRC, contrariando o que é advogado pela maioria dos autores que defendem que a FRC tem um carácter multidimensional. Esta informação deverá ser completada com o registo das notas de enfermagem diárias que possa salientar quais os fatores que agravaram ou pelo contrário atenuaram a FRC, e igualmente quais as atividades que o doente realizou que lhe aumentaram a FRC, qual o seu significado para o doente e que fatores culturais afetam a expressão dos sentimentos relacionados com a FRC. Só assim se poderá avaliar e adaptar as intervenções. (Winningham [et al], 19994, citado por Ahlberg [et al], 2003) (Anexo I)

Também Bonassa (2005, pp. 205) nos alerta para o facto de a avaliação dos fatores que contribuem para a FRC, poderem facilitar o seu tratamento.

*“O primeiro passo no tratamento da fadiga é a identificação e tratamento desses fatores. Embora possam não ser a causa primária da fadiga, quando presentes potencializam sua intensidade e incómodo; tratá-los em uma abordagem inicial pode reduzir a fadiga a níveis tolerados”*

Existem várias escalas de avaliação da FRC, no entanto nenhuma delas se encontra validada em Portugal. Existem várias validadas na Europa, nos Estados

Unidos da América e mesmo no Brasil. Segundo Ahlberg [et al] (2003), a “ Piper Fatigue Scale” é o método mais abrangente e multidimensional disponível para utilizar como instrumento de investigação, embora possa provocar uma sensação de exaustão ao doente quando utilizada devido à sua extensão. No Brasil segundo o Consenso Brasileiro de Fadiga, publicado na Revista Brasileira de Cuidados Paliativos em 2010, também a Escala de Fadiga de Piper - Revisada, é utilizada para o diagnóstico da FRC, pois estabelecem o ponto a partir do qual um doente está com FRC. Farei novamente referência a esta escala quando relatar o percurso do ensino clínico na UTM.

### **1.3- Défice de Autocuidado**

Como a FRC é inibidora das atividades diárias, torna-se fundamental que os enfermeiros façam o seu diagnóstico e encontrem estratégias que a minimizem e capacitem os doentes para o autocuidado na prevenção/resolução da mesma.

“Autocuidado”, de acordo com Dorothea Orem (1995) define-se como um conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, o bem-estar e a saúde; este vê-se alterado em situação de doença ou dano à saúde. De acordo com Orem, caso a demanda do autocuidado terapêutico exceda a capacidade para o autocuidado do indivíduo, é possível a presença de um autocuidado deficitário, onde se insere a atuação da enfermagem. Esta intervenção, segundo Orem (1995) dá-se em três sistemas diferentes, que são: *Sistema totalmente compensatório*; *Sistema parcialmente compensatório*; e *Sistema apoio-educação*.

Os doentes submetidos a TMO, apresentam fadiga relacionada com o cancro ao longo do internamento, passando pelos três sistemas que nos refere Orem, numa primeira fase no início do internamento, estão no *Sistema Parcialmente Compensatório* (1ª semana do internamento) tanto o enfermeiro como o doente desempenham as medidas de cuidados; no período intermédio (entre a 2ª e 3ª

semana do internamento), o doente encontra-se no *Sistema totalmente Compensatório*, o doente encontra-se dependente do enfermeiro para manter as suas atividades e o seu bem-estar; no final do internamento (entre a 4ª e 5ª semana), o doente encontra-se no *Sistema de Apoio e Educação*, está apto e pode ou deve aprender a realizar as ações de autocuidado terapêutico, porém, não obtém êxito sem auxílio. Aqui o desempenho do enfermeiro está centrado na promoção da pessoa como agente de autocuidado. Esta forma de abordagem enfatiza a participação do indivíduo e/ou familiares no processo de tomada de decisões, acerca do tratamento e dos cuidados necessários, de forma a possibilitar e incentivar a maior independência possível, deste indivíduo, na relação enfermeiro/ doente.

Segundo, Afonso, S. (2003), Orem defende que a enfermeira deve criar condições que permitam ao seu doente manter e implementar o autocuidado, valorizando a individualidade de cada um, proporcionando independência no autocuidado, convivendo com as suas limitações de forma a promover a sua readaptação na vida familiar e social.

## **2 – CAMINHO PERCORRIDO**

Após adquirir e aprofundar novos conhecimentos teóricos ao longo deste percurso de aprendizagem teórico, surgiu a oportunidade de os aplicar na prática.

Durante os dois ensinamentos clínicos que delinee, mantive sempre a preocupação de mobilizar e aplicar os conhecimentos, pesquisar novos saberes, aplicá-los e refletir acerca da sua prática, com o objetivo de desenvolver competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica. Como metodologia para atingir os objetivos que delinee, recorri à pesquisa em livros e bases de dados científicas como a Ebsco, Medline, Cochrane, Elsevier e Scielo, utilizei o método reflexivo, deixei quatro reflexões escritas como apêndices, introduzia o debate como os colegas em todas as oportunidades do meu dia-a-dia e ao prestar os cuidados aos doentes inseria a temática sobre a FRC.

### **2.1 – UTMO**

Como o meu objetivo geral era, prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente submetido a TMO com FRC, de forma a capacitá-lo para o autocuidado, optei por iniciar o meu percurso por uma unidade de transplantação de um grande hospital central de Lisboa. Pretendia com este ensino clínico conhecer a dinâmica de um serviço com outra realidade, para perceber quais os cuidados que prestavam aos doentes submetidos a TMO, com fadiga relacionada com o cancro. Este serviço é constituído por 8 quartos individuais com pressão positiva e fluxo de ar laminar com ambiente de baixo teor microbiano e duas enfermarias com 4 camas cada onde estão os doentes hematológicos. Os enfermeiros exercem funções nestes dois espaços físicos. O rácio enfermeiro/doente segundo a equipa é considerado insuficiente para responder às necessidades da unidade, porque tanto na tarde como na noite os enfermeiros são 1.5 para 8 doentes o que dificulta a prestação de cuidados de qualidade, rigor e segurança que estes doentes exigem.

Este estágio decorreu no período de 1 de Outubro a 30 de Novembro, num total de 226 horas.

Fui muito bem acolhida pelos colegas, que rapidamente me integraram na equipa onde pude continuar a desenvolver o meu projeto, progredindo nas aprendizagens e adquirindo competências de acordo com os seguintes objetivos:

**2.1.1 – Objetivo Especifico: Aprofundar conhecimentos científicos acerca da FRC, em particular com a *fadiga* relacionada com oTMO.**

Ao longo de todo este período fui sempre realizando pesquisa bibliográfica e nas bases de dados cumprindo o meu primeiro objetivo específico de aprofundar conhecimentos nesta área.

Utilizei o Método Reflexivo, o Ciclo de Gibbs e deixei o registo escrito de duas reflexões (apêndices II e III) acerca dos cuidados prestados a dois doentes internados, que me permitiu expor de uma forma clara e concisa os conhecimentos aprendidos e a forma como os apliquei na promoção do autocuidado dos doentes submetidos a TMO, com fadiga relacionada com o cancro. Esta metodologia permitiu-me aprofundar através da prática reflexiva uma consciencialização da minha prática em termos de intenção e avaliação.

**2.1.2 – Objetivo Especifico: Compreender as estratégias de ensino que a equipa de enfermagem realiza na capacitação do autocuidado do doente transplantado com FRC.**

Atividades Desenvolvidas

a) Conheci a estrutura física do serviço e integrei-me na equipa de enfermagem, compreendendo a sua dinâmica e a prestação de cuidados.

Como referi anteriormente, senti-me sempre bem acolhida pela equipa multidisciplinar, com evidência para a de enfermagem e para a minha principal orientadora. Neste serviço o rácio enfermeiro/ doente é muito menor que no serviço onde exerço funções, ficando cada enfermeiro responsável por um maior número de doentes, o método de trabalho era o individual, mas a equipa otimizava as capacidades de cada um dos seus elementos para rentabilizar os

cuidados. No entanto nos turnos da tarde e noite o rácio diminuía significativamente, o que implicava um esforço muito maior da parte da equipa de enfermagem, para poder prestar cuidados totais e globais aos doentes e sua família. Apesar de estar integrada na equipa e prestar cuidados, como o objetivo do meu estágio era a temática FRC, tive uma preocupação especial em identificar os cuidados que se relacionavam com este tema.

b) Consultei os processos clínicos dos doentes submetidos a TMO, e outras fontes de informação.

A consulta dos processos dos doentes, das normas e protocolos existentes no serviço, a pesquisa bibliográfica, assim como os esclarecimentos efetuados pontualmente com a Enfermeira Orientadora e restante equipa, bem como o apoio inestimável que me foi prestado pela Enfermeira Tutora, foram decisivos para cumprir este percurso atingindo os objetivos que tinha traçado.

c) Com o apoio da Enfermeira Orientadora promovi espaços de reflexão com os elementos da equipa de enfermagem.

Promovi espaços de reflexão sempre que se proporcionou, quando existiam momentos de pausa entre os cuidados, aproveitava para direcionar a conversa para o tema em questão. Nas passagens de serviço, estava atenta a tudo o que se relacionasse com o mesmo. Ao longo do período de tempo deste estágio, fui percebendo que a FRC, era um tema subvalorizado pelos colegas, aliás como referido por autores como Campos et al (2011), pois os enfermeiros têm conhecimentos insuficientes, relegando este sintoma para segundo plano, não lhe prestando a atenção devida. Este tema não era abordado pelos colegas de um modo linear como as restantes informações pertinentes, referiam-se à FRC como uma consequência esperada, sem lhe prestarem uma real importância. A informação sobre a FRC prestada ao doente era englobada nos restantes cuidados a ter após a alta, sem merecerem uma evidência especial correndo o risco de ficar diluído na restante informação transmitida, permanecendo muito por esclarecer.

Estes momentos de reflexão, partilha de experiências e levantamento de questões e inquietações foram gratificantes para todos. Tenho atualmente

consciência de já integrar esta área de forma sistemática no meu dia-a dia de trabalho, no entanto quando iniciei este percurso ainda não possuía conhecimentos que me permitissem introduzir o tema da FRC com o devido ênfase que ela merece nos cuidados que prestava aos doentes. Era frequente dizer aos doentes quando estes referiam uma astenia extrema ou um cansaço fora do comum, que era uma situação normal tendo em atenção o estado físico em que se encontravam, com a hemoglobina baixa e quase todos os colegas me confirmaram a utilização desta explicação quando transmitiam informação pertinente aos doentes que se queixavam da sua sensação de cansaço extremo.

Através destes momentos apercebi-me que os enfermeiros não estavam muito despertados para este tema, porque embora se preocupassem em estimular os doentes na mobilização e no autocuidado, não o realizavam com a intenção de evidenciar os cuidados e aspetos a valorizar quando surge a FRC.

Nestes momentos de partilha, direcionei as conversas utilizando os conhecimentos adquiridos cientificamente através da consulta bibliográfica, promovendo debates interessantes e motivadores de salutar discussões. Aproveitei estes momentos de comunhão de conhecimentos para partilhar com os colegas os conhecimentos adquiridos através das pesquisas que realizei e das minhas reflexões, compilei um dossiê com artigos para consulta sobre o tema da FRC que deixei no serviço para posteriores consultas.

### **2.1.3 – Objetivo Específico: Participar nos cuidados prestados ao doente submetido a TMO com FRC, tendo em vista a capacitação do doente.**

#### Atividades Desenvolvidas

a) Prestei cuidados aos doentes submetidos a TMO, dando relevância aos cuidados para proporcionar alívio da FRC.

A prestação de cuidados aos doentes submetidos a TMO, permitiu-me observar e identificar os requisitos do autocuidado que se encontravam alterados nestes doentes em relação ao tema que serve de fio condutor, a FRC. Durante a

prestação dos cuidados aos doentes direcionava o ensino para o alívio deste sintoma.

A FRC, sendo um sintoma muito subjetivo de avaliar e estando dependente do que o doente nos diz, depende também da atenção e interesse que o enfermeiro lhe dedica, pois este relega este assunto para segundo plano, considerando-o um fator intrínseco da doença.

Como referem Mota e Pimenta (2002, p.578), “Fadiga é relatada pelos doentes com câncer, em todas as fases da doença, como um dos sintomas mais frequentes.”

No entanto os doentes não têm facilidade em identificar este sintoma e muitas vezes realizam ações que implicam esforços físicos que os deixam extenuados. Se estivermos atentos e detetarmos estas situações podemos intervir e promover o autocuidado negociando com os doentes formas de os substituir naqueles cuidados que de antemão sabemos que os poderão deixar mais extenuados, em benefício de eles ficarem com energia suficiente para realizarem algum tipo de exercício que lhes seja mais benéfico.

Na situação descrita na reflexão N<sup>o</sup>2 (apêndice III, p.9), o doente ao realizar os seus cuidados de higiene, de forma independente, ficava exausto, pois despendia toda a sua energia nesta ação. Ficava tão asteniado que de seguida tinha que se deitar, novamente, sem energia sequer para conversar. Quando o ajudamos lavando-lhe os membros inferiores, para que ele não se dobre, ou o tórax posterior e lhe aplicamos creme hidratante, estamos a permitir que o dispêndio de energia com a higiene não os deixe tão extenuados. Ao aceitar ajuda constatou que não ficava tão asteniado, *“ com um sorriso disse-me que já o tinha convencido e que tinha percebido que estava muito cansado”*

Se nós profissionais não estivermos atentos, teremos dificuldade em identificar os requisitos de autocuidado que se encontram alterados, principalmente nos doentes que não pedem apoio, ou por se sentirem intimidados ou por terem receio da dependência que esse apoio poderá implicar. Muitos doentes preferem fazer um esforço acrescido, ficando extenuados, a aceitar alguma ajuda, pelo que temos que ser nós, enfermeiros a detetar essas situações e atuar, explicando-lhes a razão de necessitarem do nosso apoio.

É importante proporcionar aos doentes momentos de descontração e relaxamento que os ajudem a ultrapassar momentos mais difíceis, quando tem dores ou estão mais ansiosos, como constatei na reflexão N°2 (apêndice III, p. 5), ao proporcionar á doente após o seu consentimento uma massagem de relaxamento, que ela teve relutância em aceitar, mas que lhe proporcionou um momento de descontração, de que ela precisava naquela altura. *”Quando terminei agradeceu, referindo sentir-se mais calma”.*

O Consentimento Informado permite informar o doente, pedir autorização para lhe prestar determinado cuidado e solicitar a sua colaboração. De acordo com Fernandes (2010), o consentimento é mais do que uma assinatura de um documento legal, deve basear-se na confiança entre o profissional e o doente.

Tenho noção de que apesar de ter o cuidado de estimular os doentes para realizarem algum exercício antes de começar este percurso, não era tão insistente como sou atualmente, nem aplicava as estratégias que comecei a aplicar neste período de tempo. Como refiro na reflexão nº 1 (apêndice II, p.10), podemos sempre estimular os doentes a realizar pequenas caminhadas em volta do quarto, ou no caso dos adolescentes e crianças transformar estas caminhadas numa brincadeira, que os estimule, ou sugerir exercícios simples de ginástica que se possam efetuar em espaços físicos pequenos.

Segundo Menezes e Camargo (2006) citando Barsevick et al, os doentes tem sempre a tentação de descansar o mais possível ou seja não realizam atividades que impliquem esforço físico. No entanto esta atitude pode conduzir a uma redução de energia e aumento da FRC.

b) Planeei e transmiti informação pertinente aos doentes com FRC, para promover a sua capacitação no autocuidado.

Na reflexão nº 2 (apêndice III, p.8), faço referência à teórica Orem, e à sua teoria do *défice de autocuidado*, pois foi por esta teórica que orientei o meu percurso.

Orem (1995), salienta que a enfermeira diante de um doente com alguma incapacidade ou limitação na satisfação do seu autocuidado planeia e

implementa intervenções com o objetivo de cuidar do doente, promovendo o seu autocuidado.

Uma das competências que os enfermeiros devem desenvolver é um sentido de responsabilidade e de respeito para com as pessoas que cuidam, que pode ser demonstrado através da nossa presença, da escuta, da confiança, encarando sempre o doente como uma pessoa que necessita dos nossos cuidados para promover o seu autocuidado.

Penso que ficou bem explícita na reflexão nº 1 (apêndice II, p. 6), que estes valores nunca estão completamente apreendidos e podemos sempre aprender mais ao refletirmos acerca dos cuidados que prestámos e acerca das ações realizadas. Mesmo após vários anos a exercer uma profissão que me realiza fico ainda estupefacta com algumas reações bruscas com que os doentes nos surpreendem, quando estamos a conversar ou a prestar-lhes algum cuidado. Estas reações estão relacionadas com os seus medos e temores, e resultam da sua tentativa de os dissimular, pois tentam afastar-nos para não nos apercebermos a sua vulnerabilidade. No entanto só após alguma reflexão e distanciamento nos apercebermos da real dimensão dos seus temores e conseguimos ajudá-los a superar os mesmos.

A capacitação do autocuidado dos doentes em relação á FRC, implica que os enfermeiros consigam identificar e compreender as dificuldades que os doentes apresentam durante o processo de transplantação enquanto vivenciam este sintoma. Para isso não podemos esquecer que a FRC é um dos sintomas mais incapacitantes, mas igualmente dos mais ignorados porque é subjetiva, persistente e crónica, afetando uma grande percentagem de doentes, que precisam de aprender a valorizá-la, para poderem evitá-la ou reduzi-la.

Reportando-me novamente á reflexão Nº 1 (apêndice II, p.8), de acordo com Wu e McSweeney (2007), os profissionais de saúde devem informar os doentes acerca dos efeitos esperados dos tratamentos a que serão submetidos, pois essa informação vai permitir-lhes a adoção de estratégias de controlo e uma melhor preparação para os efeitos secundários dos tratamentos.

Ao longo das reflexões que realizei, evidenciei que um dos meus cuidados na promoção do autocuidado foi a transmissão de informação específica com o intuito de promover a saúde e o bem-estar dos doentes com FRC. Como o exemplo patente na reflexão Nº 1 (apêndice II, p. 5), demonstra como podemos incutir nos doentes a ideia de que é diferente estarmos em casa e sentimo-nos asteniados como consequência de uma noite mal dormida, da astenia provocada por uma noite que se repete por várias, em que se acorda de 2 em 2 ou mesmo de hora a hora para urinar, e se tem dificuldade em adormecer rapidamente, nessas ocasiões a medicação para dormir, pode fazer toda a diferença, pois permite reduzir o intervalo de tempo em que o doente permanece acordado. *“O comprimido para dormir ia permitir que conseguisse adormecer rapidamente, após acordar para urinar, seria a diferença entre demorar uma hora a adormecer e alguns minutos.”*

Cabe aos enfermeiros a transmissão de informação pertinente aos doentes em relação à otimização dos períodos de descanso/sono. Como menciono na reflexão nº 1 (apêndice II, p11.), como referenciado por McCollow (2011), a enfermeira deve otimizar a qualidade de sono do doente, ensinando-lhe a utilização de estratégias, que o reforcem, como por exemplo evitar sestas diurnas, só se deitar na cama quando tem sono, evitar bebidas estimulantes.

Devemos realizar a transmissão de informação de uma forma individualizada, adaptando os nossos conhecimentos e o nosso discurso ao doente que estamos a cuidar, de forma a conseguirmos uma comunicação eficaz, utilizando estratégias comunicacionais, como a escuta ativa, para conseguirmos desenvolver uma intervenção que esclareça dúvidas e conceda informação pertinente.

Penso que foi o que consegui na reflexão Nº 1 (apêndice II, p. 5), ao explicar ao doente porque devia aceitar a medicação prescrita em SOS, para dormir. Em casa quando um doente tem uma noite agitada, recupera na seguinte, no entanto em contexto de internamento, tal não se proporciona, pois existem mais barulhos mais luzes, e como estes doentes estão com soros de hidratação a ritmos elevados, acordam várias vezes para urinar durante a noite, sentindo dificuldade em voltar a adormecer rapidamente. Como é o exemplo, quando

obtive como resposta ” *ainda bem que tinha tomado o comprimido para dormir, pois dormia melhor e adormecia rapidamente quando acordava de noite.*”

c) Realizei registos de enfermagem objetivos e concisos de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

Uma das mais-valias deste percurso, foi a redobrada atenção que passei a ter com os registos que efetuo. Tenho noção que anteriormente realizava vários cuidados e transmitia informação pertinente que não ficavam explicitamente registados, eram apenas referidos oralmente, correndo o risco de essa informação se perder, na passagem de turno seguinte. Refletindo acerca dos registos, que efetuei neste ensino clinico e conclui que eram mais pormenorizados e cuidados, havendo uma descrição mais pormenorizada dos cuidados prestados e da justificação para a sua realização, o que permite uma melhor continuidade da transmissão de informação pertinente e dos cuidados que efetuamos aos doentes.

#### **2.1.4 – Objetivo Específico: Aplicar estratégias que minimizem o impacto da FRC no autocuidado do doente submetido a TMO, tendo em conta que trabalho na UTM e pretendo implementar algumas mudanças.**

Para atingir este objetivo, utilizei duas estratégias, a primeira foi a promoção de espaços de discussão com os elementos da equipa de enfermagem com quem trabalhei, através de momentos reflexivos. Esta atividade fez parte integrante dos dois estágios.

A outra estratégia foi a realização de uma sessão, subordinada ao tema: O impacto da FRC no doente submetido a TMO, com a finalidade e sensibilizar os enfermeiros. (apêndice IV e apêndice V- plano da sessão) A esta sessão assistiram 8 colegas, que no final da sessão discutiram o tema calorosamente, partilhando as suas ideias e experiências. A sua avaliação foi através de um pequeno questionário com 3 perguntas. (apêndice VI)

Os 8 enfermeiros consideraram o tema pertinente salientando que os conhecimentos foram reforçados, permitindo-nos adequar e sistematizar os cuidados que prestamos numa área de intervenção autónoma da enfermagem.

Todos consideraram a sessão pertinente e esclarecedora, declarando que aprofundaram conhecimentos, sugerindo sugestões para melhoria dos cuidados.

Também todos referiram sentir-se motivados para aumentarem o seu saber, ressaltando, as técnicas alternativas e a motivação para implementar novas estratégias.

No final deste ensino clínico, como forma de agradecimento à equipa, deixei no serviço uma carta de agradecimento.

Fui avaliada pela minha orientadora de estágio e essa avaliação é o anexo II.

Ao refletir sobre este ensino clínico, penso ter deixado o meu contributo no serviço, devido à troca de experiências e momentos de reflexão partilhados, que implicaram uma alteração nos cuidados de enfermagem, pois senti que a equipa estava disponível para incorporar os cuidados relacionados com a FRC, que aprofundaram com a sessão apresentada por mim e pelo debate de ideias consequente e igualmente pela partilha de informação acerca da FRC, que decorreu ao longo dos momentos reflexivos.

Partilhei com os colegas a informação que transmiti aos doentes e familiares capacitando-os para o autocuidado em relação à FRC, de modo a poderem utilizar os conhecimentos adquiridos por mim ao longo deste percurso, facultando-lhes igualmente bibliografia pertinente e atual.

## **2.2 – UTM**

O ensino clínico seguinte foi o serviço onde exerço funções, a UTM, Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos de um Hospital de Lisboa, especializado na área da Oncologia. Apesar de este serviço ter duas unidades que se complementam, o internamento e o hospital de dia, eu exerço funções essencialmente na unidade de internamento pelo que foi aí que o estágio decorreu, no período de 1 de Dezembro a 31 de Janeiro num total de 224 horas.

O internamento é constituído por 7 quartos de isolamento, com pressão positiva onde se realizam os transplantes de medula óssea. É a única unidade da zona Centro e Sul do país a realizar TMO em doentes pediátricos.

Somos 20 elementos da equipa de enfermagem, sendo uma delas a enfermeira responsável que só faz manhãs e habitualmente não fica na prestação de cuidados diretos. O nosso rácio enfermeiro/doente é maior que na UTMO, onde realizei o primeiro estágio, o que nos facilita os cuidados individualizados aos doentes. Nos turnos da manhã e tarde somos 4 enfermeiros para 7 doentes e nas noites de 3 para 7.

**2.2.1 – Objetivo Especifico: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de realizar um ensino eficaz ao doente para o capacitar para o autocuidado em relação à FRC, aplicando estratégias que minimizem o impacto da FRC nos doentes submetidos a TMO.**

#### Atividades Desenvolvidas

a) Realizei uma sondagem de opinião aos colegas (apêndice VII) com a intenção de saber quais os conhecimentos e estratégias em relação à FRC.

Nos 3 primeiros turnos deste ensaio clinico realizei uma sondagem de opinião aos colegas, a que responderam 16, uma das colegas estava de férias e outra de licença de parto. O principal objetivo era perceber qual o conceito que detinham acerca de fadiga e de FRC. Distribui 16 questionários e recebi os 16, constituídos por 4 questões abertas que ficam em anexo.

Em relação á primeira pergunta, o conceito de fadiga salientam:

- Exaustão física, mental, psicológica, emocional e intelectual.
- Dificuldade em lidar com a frustração.
- Cansaço/Sofrimento/Exaustão.
- Cansaço que interfere com as atividades de vida diárias.

À pergunta conhece o termo FRC, 12 pessoas responderam que sim e 4 que não conheciam.

Das 4 que não conheciam o termo FRC, 3 achavam que era o mesmo que fadiga e 1 considerou que tinham características diferentes. Essa pessoa referiu que o que as diferenciava era a primeira estar relacionada com o tratamento, provocada pela aplasia medular e descida da hemoglobina.

Das 12 pessoas que conheciam o termo FRC, 4 consideravam que era sinónimo de fadiga, considerando que as características são as mesmas. As restantes 8 referiram como características que as diferenciavam:

- Adinamia/Depressão.
- Resultado do tratamento ou da doença que é debilitante.
- O prolongar do tratamento e da sua situação clínica.
- A FRC é mais direccionada e mais acentuada devido aos tratamentos, é um cansaço associado à doença oncológica.
- Afeta tanto os doentes como os seus familiares e prolonga-se no tempo.

b) Com o intuito de sensibilizar a equipa e partilhar estratégias realizei duas sessões com o tema: O impacto da FRC no doente submetido a TMO.

A sessão e o respetivo plano são os apêndices IV e VIII. Estas sessões realizaram-se na sala de pediatria do Hospital de dia, e compareceram no total 17 enfermeiros, na primeira sessão eram 7 e na segunda 10. (destes 17, 3 eram elementos do hospital de dia, que referiram interesse em saber mais acerca do tema por mim desenvolvido.)

Ficou o compromisso no final da segunda sessão de ser realizada uma terceira sessão para os colegas do hospital de dia que não conseguiram estar presentes nas anteriores, pois vários referiram interesse na comunicação mas impossibilidade de estarem presentes por motivos pessoais.

Os objetivos específicos destas sessões foram:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de transmitir ao doente e família informação pertinente que evidencie a prevenção e tratamento da FRC.

- Identificar as dificuldades dos doentes durante o processo de transplantação relacionadas com a FRC.

Tanto a primeira como a segunda sessão foram animadas por uma salutar discussão, acerca do tema apresentado e pela troca de experiências que daí resultaram. A avaliação das sessões foi feita através de um conjunto de 4 perguntas. (apêndice IX)

À primeira que era conhecida o termo FRC? Responderam positivamente 14 colegas e negativamente 3.

À segunda pergunta acerca da pertinência do tema, todos responderam positivamente, salientando:

- Alertou-me para um tema que passa despercebido por não o considerarmos importante.

- Não valorizamos este tema embora ele apareça com frequência.

- É adequado à realidade do nosso serviço.

- É um sintoma que detetamos com frequência tanto no internamento como no hospital de dia, e que temos dificuldade em classificar.

Na terceira pergunta todos consideraram a sessão pertinente e esclarecedora, realçando:

- Relembrou aspetos que podemos reforçar e técnicas a implementar de forma a evitar a FRC.

- Permitiu o diálogo e o esclarecimento de dúvidas e a reflexão sobre o tema.

Todos referiram motivação para saber mais acerca deste assunto, e destacaram:

- A sua pertinência suscitou o meu interesse em aprofundar o conhecimento, por ser tão relevante para o bem-estar do doente.

- Esta é uma área autónoma de enfermagem, pelo que é de grande importância o estudo da fadiga relacionada com o cancro e das intervenções autónomas de enfermagem.

### **2.2.2 – Objetivo Específico: Agir como elemento de referência na equipa de enfermagem em relação ao ensino do doente submetido a TMO com FRC.**

Para atingir este objetivo, desenvolvi as seguintes atividades:

Através da pesquisa bibliográfica que realizei nas bases de dados, fiquei familiarizada com diferentes escalas que são utilizadas para avaliação da FRC. Após a sua análise selecionei duas que apresentei no final da segunda sessão. Estas ainda não estão validadas para Portugal, no entanto os colegas acharam-nas muito interessantes e prontificaram-se a auxiliar-me num futuro próximo num novo projeto que poderá ser a sua validação para o nosso país.

A primeira escala foi a Escala de Fadiga de Piper revista por Mota & Pimenta em 2009, (anexo III), esta escala traduzida em português do Brasil contém 22 perguntas avaliadas por uma escala numérica de 0 a 10, contemplando quatro dimensões subjetivas, cognitiva, comportamental, sensorial e afetiva, e mais 4 questões abertas sobre a causa, medidas de alívio e outros sintomas. Como instrumento de pesquisa é um método muito abrangente.

Todos os presentes acharam a escala muito interessante, mas concordaram que seria de difícil preenchimento na fase de aplasia profunda que os nossos doentes atravessam durante o internamento, poucos seriam os que disponibilizariam a preenche-la devido á sua extensão. Seria mais adequada para ser apresentada aos doentes que estão em hospital de dia, numa fase de pós- transplante, que no caso dos doentes submetidos a alo- transplante se prolonga por um período de 12 meses (no mínimo) e no caso dos doentes que se submeteram a um transplante autólogo será de sensivelmente 3 meses. Quando analisaram a escala os enfermeiros ficaram sensibilizados e identificaram-na como adequada devido á sua abrangência.

A outra escala de avaliação de fadiga é o Pictograma de Fadiga (anexo IV). Esta escala é um instrumento de fácil aplicação pois consiste em dois conjuntos de figuras que avaliam a intensidade e o impacto da fadiga nas atividades de vida diárias, podendo ser utilizada por adultos ou crianças, visto sermos também uma unidade pediátrica. Mais uma vez todos os presentes concordaram que esta

escala seria mais adequada ao internamento, pois os doentes apenas teriam que apontar a figura com a qual se identificam, sem ocuparem muito tempo ou implicar qualquer tipo de esforço. Não podemos esquecer que os doentes que estão em aplasia profunda, necessitam de uma escala que seja rápida, e simples. Segundo um estudo realizado no Brasil por Mota, Pimenta e Fitch e publicado em 2009, o Pictograma de Fadiga, é de fácil compreensão e com muito potencial para utilização na prática clínica de doentes com cancro em avaliações pontuais. No entanto como a anterior esta escala ainda não se encontra validada para Portugal.

#### b) Promovi momentos de reflexão com os colegas

Aproveitei os vários momentos de pausa que realizámos ao longo dos turnos para incentivar a discussão e partilha de experiências entre nós. Utilizei os conhecimentos que tinha adquirido com as minhas pesquisas e a experiência que tive noutra serviço no estágio anterior a este. Discutíamos como devemos realizar o ensino para a alta e durante o internamento sobre a FRC. Alguns dos colegas que não assistiram às sessões, demonstraram interesse acerca do tema e curiosidade pelas escalas de fadiga, facultei-lhes bibliografia para consultarem e tiveram oportunidade de debater o tema e consultarem as escalas apresentadas anteriormente nas sessões.

#### **2.2.3 – Objetivo Especifico: Capacitar o doente submetido a TMO com FRC para o autocuidado.**

Embora este apareça como último objetivo ele foi sendo concretizado ao longo de todo o estágio. Pois ao prestar cuidados aos doentes eu ia identificando os requisitos do autocuidado alterados e ia refletindo e agindo de maneira a capacitar o doente para o seu autocuidado.

Tenho consciência que a forma como eu realizo o ensino e os cuidados que eu presto são mais direcionados para o alívio da FRC, do que há algum tempo atrás, antes de ter adquirido novos conhecimentos.

Apesar de sempre me ter preocupado em estimular os doentes a não passarem muito tempo imobilizados, ficava sem saber o que lhes responder quando se queixavam das reduzidas dimensões do quarto, que não permitia que caminhassem. Atualmente perante esta afirmação refuto com a proposta, de adequar o exercício físico ao espaço disponível. Como referi na reflexão Nº III (apêndice X, p. 4). Uma das queixas habituais dos doentes é a reduzida dimensão dos quartos que não lhes permite grande mobilidade, para tentar colmatar essa situação, propus ao doente que caminhasse comigo em volta do quarto e estimulei-o a continuar a caminhar nos dias seguintes aumentando o número de voltas diárias.” *Ele estava muito satisfeito, pois passara de quatro para dez voltas seguidas em volta do quarto*”

Como nos refere Bonassa (2005), vários estudos sugerem a eficácia do exercício físico praticado moderadamente no controlo da FRC.

Se antes, sugeria aos doentes que não ficassem sempre em casa depois de terem alta, hoje em dia eu reforço essa informação com sugestões semelhantes às fornecidas na minha reflexão Nº III (apêndice X, p. 4). Aconselho sempre os doentes a realizarem pequenos passeios a pé, acompanhados por familiares, aumentando progressivamente o percurso, e a andarem de bicicleta se gostarem e tiverem acesso a uma.

Como nos refere Ahleberg [et al] (2003) quando os doentes não estão devidamente informados interpretam a FRC, como um sinal de que o tratamento não está a correr como esperado ou não tem resolução.

Mota e Pimenta (2002), afirmam que a intervenção em relação à FRC, é um colossal desafio, pois além de educarmos os doentes e familiares temos também que combater o desconhecimento dos profissionais de saúde acerca deste assunto, para conseguirmos modificar a visão que as pessoas têm da FRC.

Como faço referência na reflexão Nº IV (apêndice XI, p.6), segundo Ahleberg (2006), avaliar a FRC implica uma abordagem global, quantitativa e qualitativa, de modo a ser uma caracterização fidedigna do que representa para cada doente e o tipo de interferência que faz no seu bem-estar e qualidade de vida.

Um dos autores que eu cito na reflexão Nº IV (apêndice XI), Góis (2004), citando Winningham et al (1994), faz-nos referenciar a educação como a intervenção com maior impacto no controlo da fadiga relacionada com o cancro. Temos que estar disponíveis, calmos, ser concisos e adequar sempre o nosso discurso ao nosso doente ou familiar, esclarecendo as suas dúvidas e dando-lhe oportunidade para também ele refletir acerca deste tema, que ainda é considerado tanto por profissionais de saúde como pelos doentes e seus familiares como consequência inevitável da doença oncológica e dos seus tratamentos.

A família por ser considerada fundamental na recuperação do doente deve ser implicada em todo o processo de ensino para explorar o seu potencial como motivadora da adesão do doente ao tratamento. Wright & Leahey (2002, pp13), salientam a ideia da importância da família nos cuidados de saúde, para motivar o doente a cumprir o tratamento até ao fim.

*“ a enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem estar e a saúde de seus membros bem como a influência sobre a doença, obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem.”*

Esta implicação da família inicia-se no internamento, ao transmitirmos informação sobre FRC, ao doente e familiar significativo que o acompanha e continua no Hospital de Dia, onde os doentes continuam a receber tratamento e são acompanhados pela equipa de enfermagem, que complementa a transmissão de informação iniciada no internamento tanto ao doente como aos familiares que o acompanham.

Ao finalizar este estágio, penso ter contribuído para melhorar a transmissão de informação pertinente para o alívio da FRC. A partir do desenvolvimento deste trabalho a transmissão de informação pertinente é intencional e passa pela implementação de estratégias que considero importantes. Durante o internamento passei a estimular insistentemente os doentes a realizar levantamentos da cama para o cadeirão, fazer pequenas caminhadas em volta do quarto, sozinho ou acompanhado, praticar exercícios físicos simples, a ocupar os tempos livres, ouvindo música, conversando com amigos durante a visita ou por telefone

ou internet, aceitar uma massagem de relaxamento, a evitarem sesta diurna se estas lhes dificultarem o sono à noite, estabelecer rotinas antes de dormir e mantê-las.

Partilhei estas aprendizagens e estratégias com os colegas durante as ações de formação e nos momentos de reflexão, e senti que os colegas estavam disponíveis para incorporar estas estratégias nos seus ensinamentos. Consegui mobilizar a equipa para o tema da FRC, e interessá-los em aprofundar os seus conhecimentos sobre a temática.

As sessões que efetuei permitiram uma salutar discussão acerca do que poderemos melhorar nos nossos cuidados e na informação transmitida para a prevenção e alívio da FRC nos doentes submetidos a TMO. E a bibliografia que deixei no serviço para consulta tem contribuído para os nossos debates acerca da FRC, e do que podemos fazer com a intenção de sensibilizar e despertar o interesse de integrar estes novos conhecimentos nos nossos cuidados.

A avaliação da minha orientadora de estágio é o anexo V.

## **2.3 - QUESTÕES ÉTICAS**

Como nos referiu Elma Zoboli (2011), *“Pelo seu trabalho, os enfermeiros ficam numa posição de intersecção privilegiada, na qual podem, simultaneamente, prover cuidado aos pacientes e testemunhar as forças sociais mais amplas que impedem ou promovem a saúde dos pacientes”*.

Os enfermeiros ao longo do seu percurso profissional deparam com dilemas éticos, em relação à prestação dos seus cuidados.

É importante preservar sempre a dignidade dos nossos doentes e dos seus familiares, respeitando igualmente a sua autonomia, e os seus momentos de maior vulnerabilidade. Estes princípios foram respeitados durante os estágios que realizei nas duas unidades.

Os cuidados que prestamos podem implicar algum constrangimento, pois nem sempre os doentes estão preparados para a perda da sua autonomia, e para aceitarem que seja outra pessoa a cuidar deles. Devemos fazê-los sentir livres e sempre que possível autônomos, respeitando as suas decisões e vontade, não os substituindo, mas sim colaborando com eles após o seu consentimento.

Como nos refere Orem (1995), quando a demanda do autocuidado terapêutico excede a capacidade para o autocuidado do indivíduo, é possível a presença de um autocuidado deficitário, onde se insere a atuação da enfermagem. Esta intervenção dá-se em três sistemas diferentes, que são: *Sistema totalmente compensatório*; *Sistema parcialmente compensatório*; e *Sistema apoio-educação*. Relativamente a este último sistema, o cliente está apto e pode ou deve aprender a realizar as ações de autocuidado terapêutico, porém, não obtém êxito sem auxílio. Aqui o desempenho do enfermeiro está centrado na promoção da pessoa como agente de autocuidado. Esta forma de abordagem enfatiza a participação do indivíduo e/ou familiares no processo de tomada de decisões, acerca do tratamento e dos cuidados necessários, de forma a possibilitar e incentivar a maior independência possível, deste indivíduo, na relação enfermeiro/ doente, de acordo com Linard e Silva (2000).

Penso que ao longo deste percurso consegui aliar competências técnicas com relacionais e direcionar os meus cuidados para o doente e família e não para a sua doença. Respeitando sempre a sua autonomia e as suas decisões, sem impor os meus cuidados ou a minha presença e opinião.

### **3 – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Refletindo sobre o percurso efetuado durante este estágio, penso que consegui atingir os objetivos a que me propus e conseqüentemente desenvolver as competências necessárias para obter o título de Enfermeiro Especialista e o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção de Enfermagem Oncológica.

O estágio permitiu o desenvolvimento de uma forma positiva de uma atitude crítica e reflexiva e levaram á aquisição de competências, através dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da frequência do curso do 2º Curso de Mestrado e pós – licenciatura em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção em Enfermagem Oncológica. As diversas fontes de conhecimento a que tive acesso, permitiram o meu crescimento pessoal e profissional como ser humano capaz de prestar cuidados de excelência na área em que exerço funções.

Para que as minhas ações estivessem fundamentadas em conhecimento com evidência científica recorri na minha pesquisa a livros e bases de dados científicas para orientar o meu saber. Igualmente importante foi a prática reflexiva que adquiri ao realizar reflexões das quais ficam alguns registos em apêndice a este relatório, a partilha de experiencias com colegas do curso e em estágio, com os orientadores, e outros profissionais que me permitiram ampliar os meus conhecimentos nos domínios do Saber.

Uma constante ao longo deste percurso foi a evidência de que a falta de conhecimentos dos profissionais de saúde acerca do tema, FRC e conseqüentemente a sua não valorização, implica que esta não seja avaliada corretamente, logo a sua gestão também não é eficaz. Torna-se primordial que estejamos mais despertos para este tema, pois a FRC pode persistir durante anos após o término do tratamento, e inevitavelmente irá refletir-se nas diferentes áreas da vida dos doentes.

Estando atualmente a ser programada no meu serviço uma consulta de pós – transplante imediata e depois anual, conversei com a Srª Enfermeira Chefe e disponibilizei-me para contribuir com o meu trabalho para essa consulta,

utilizando as estratégias para aliviar a FRC, na transmissão de informação pertinente efetuada nessas consultas.

Até iniciar este percurso, não me tinha apercebido da relevância e atualidade deste tema, e da sua importância para nós enfermeiros. É uma área em que podemos intervir de uma forma autónoma.

Refletindo sobre o momento em que me encontro no final desta etapa, evidencio os contributos e aprendizagens que obtive nos ensinamentos clínicos e espero que deste trabalho possa surgir uma proposta de aplicação do pictograma de fadiga no início e fim do internamento que nos permita adequar as nossas intervenções em relação ao impacto da FRC nos doentes submetidos a TMO. Embora esta seja uma nova etapa que complementaria este projeto, não foi ainda possível iniciar ainda a fase de validação da escala, devido à falta de tempo. Tenho no entanto consciência que consegui sensibilizar a equipa para valorizarem este tema. Sei que posso contar com a prestimosa colaboração das minhas orientadoras, a Sr<sup>a</sup> Enfermeira Antónia Espadinha e a Sr<sup>a</sup> Enfermeira Elsa Oliveira, para submeter à Unidade de Investigação da ESEL, a validação da escala, Pictograma de Fadiga, e posteriormente poder com a devida autorização aplicá-la no serviço onde exerço funções.

Espero que com os novos conhecimentos adquiridos acerca da FRC, possa contribuir de forma significativa para o desenvolvimento de toda a equipa de enfermagem, atuando como elemento de referência e dinamizador de uma melhoria de cuidados prestados aos doentes com FRC, submetido a TMO.

## 4 - BIBLIOGRAFIA

- ✚ ABCP (Associação Brasileira de Cuidados). (2010) Consenso brasileiro de fadiga. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, 3 (2) (suppl. 1), pp. 1-29.
- ✚ Afonso, S. (2003). *Dorothea Orem: Teoria do autocuidado*. Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde, Curso de graduação em Enfermagem, Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde, São Paulo, Brasil.
- ✚ Ahlberg, K., Ekman, T., Gaston-Johansson, F., Mock, V. (2003, August, 23) Assessment and management of cancer related fatigue in adults. *the Lancet*, 362, pp. 640-650.
- ✚ Ahleberg K. (2006). Fatigue. In N. Kearney, *Nursing Patients With Cancer, Principles and Practice* (pp. 657-674). London: Elsevier.
- ✚ Amendola, F., Oliveira, M., Alvarenga, M. (2008, Abril-Junho). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (2), pp. 266-272.
- ✚ Barnett, M. (2000). Fadiga. In S. Otto, *Enfermagem em oncologia* (Cap.26, pp. 734-745). Loures: Lusociência.
- ✚ Baró, E., Carulla, J., Cassinello, J., Colomer, R., Mata, J., Gáscon, P., Gasquet, J., Herdman, M., Rodriguez, C., Sánchez, J., Valentin, V. (2009). Development of a new questionnaire to assess patient perceptions of cancer-related fatigue: item generation and item reduction. *Value in Health*, 12(1), pp. 130-138.
- ✚ Barsevick, A., Newhall, T. Brown, S. (2008, October). Management of cancer-related fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(5) (suppl.), pp. 21-25.
- ✚ Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

- ✚ Blaney, J., Strong, A., Rankin, J., Campbell, A. Allen, J., Gracey, J. (2010, August). The cancer rehabilitation journey: Barriers and facilitators of exercise among patients with cancer- related fatigue. *Journal of the American Therapy Association*, 90 (8), pp. 1135-1147.
  
- ✚ Bolander, E., Santana, T. (2005). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
  
- ✚ Bonassa, E., Santana, T. ( 2005 ). *Enfermagem em terapêutica oncológica*. São Paulo: Atheneu.
  
- ✚ Breitbart, W., Alici, Y. (2008, October). Pharmacologic treatment options for cancer –related fatigue: current state of clinical research. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(5) (suppl.), pp. 27-35.
  
- ✚ Cade, N. (2001, Maio). A teoria do deficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. *Revista Latino- americana de Enfermagem*,9 (3), pp. 43-50.
  
- ✚ Campo, L. (2009). *Concepções relatadas pelos pacientes em transplante de células tronco- hematopoéticas sobre a fadiga*. Curso de graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
  
- ✚ Campos, M. (2011). Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. *Associação Médica Brasileira* , 157(2), pp. 211-219.
  
- ✚ Cella, D., Davis, K., Breibant, W., Curt,G. (2001, July, 15). Cancer related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a united sample of cancer survivors. *Journal clinic Oncology* , 19 (14),pp. 3385-3391.
  
- ✚ Delgado, A. & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), pp. 81-100.

- ✚ Diógenes, M., Pagliuca, L. (2003, Dezembro). Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 24 (3), pp. 286-293.
- ✚ Escalante, C.(2009, November). Cancer-Related Fatigue: The apouch and treatment. *Journal of General Internal Medicine*, Supplement 2, pp.412-416.
- ✚ Fernandes, S. (2010, Maio). Bioética e Investigação em cuidados intensivos. *Revista Sinais Vitais*, 90, pp. 12 – 15.
- ✚ Fragoso, M. (2002) – Mitos da morfina. Recuperado em 25 de Abril de 2012, <http://www.spmi.pt/revista/vol09>.
- ✚ Fu, M., McDaniel, R., Rhodes. (2005). Fatigue. In Yarbro, C., Frogge, M., Goodman, M, *Cancer Nursing, principles and practice*. (Chapter 30, pp. 741-760) London, Jones & Bartlett International.
- ✚ Góis, C (2004). A fadiga no doente oncológico. In *Enfermagem Oncológica*. (Cap.8, pp.125-135). Coimbra: Formasau.
- ✚ Gorini, M., Silva, P., Chaves, P., Ercole,J., Cardoso, B. (2010).Registro de diagnóstico de enfermagem, fadiga em prontuários de pacientes oncológicos. *Acta Paulista de Enfermagem* , 23(3) pp. 354-358.
- ✚ Gusmão, J., Mion, D. (2006) Adesão ao tratamento- conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensas*, 13 (1),pp.23-25.
- ✚ Hilarius, D., Kloeg, P., Wall, E., Komen, M., Gundy, C., Aaronson, N. (2011). Cancer-related fatigue: clinical practice versus practice guidelines. *Support Care Cancer*, 19, pp.531-538.

- ✚ Inaba, L., Silva, M., Telles, S. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista Escolar de Enfermagem*, 39, (4), pp. 423-429.
  
- ✚ LINARD, A., SILVA, R. (2000) - "Cuidar em enfermagem" embasado na teoria do autocuidado: estudo de caso. *Revista Saúde e Ambiente*. 1(1), Pp.12-19.
- ✚ Keller, C. (2000). Transplante de medula óssea. In S. Otto, *Enfermagem em Oncologia* ( Cap.24, pp. 677-704). Loures: Lusociência
  
- ✚ Kirshbaum, M. (2010, May, 1). Cancer- related fatigue: a review of nursing interventions. *British Journal of Community Nursing* ,15(5) pp. 214-219.
  
- ✚ Madden, J., Newton, S. (2006, October). Why am I so tired all the time? Understanding cancer-related fatigue .*Clinical of Oncology Nursing*, 10(5), pp. 659-661.
  
- ✚ Mayer, D. (2008, October). Is cancer-related fatigue the sixth vital sign? .*Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (5) (suppl.), pp. 5-9.
  
- ✚ McCollow, P. (2011). Fadiga. In S. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação*. (Cap. 37, pp797-798).
  
- ✚ Mendes, M., Tilbery, C., Felipe, E. (2000). Fadiga e esclerose múltipla: estudo preliminar de 15 casos através de escalas de autoavaliação. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 58 (2-B), pp. 467-470.
  
- ✚ Menezes, M. F., & Camargo, T. (2006, Maio- Junho). A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. *Revista Latino- Americana de Enfermagem* , 14(3), pp. 442-447.
  
- ✚ Mitchell, S. Beck, S., Hood, L., Moore, K., Tanner, E. (2007, February). Putting evidence into practice: evidence – based interventions for

fatigue during and following cancer and its treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), pp. 99-113.

- ✚ Mota, D., & e Pimenta, C. (2002). Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(4), pp. 577-583.
- ✚ Mota, D., Pimenta, C., Fitch, M., (2009). Pictograma de fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. *Revista Escolar de Enfermagem*, 43, pp.1080-1087.
- ✚ Narayanan, V., Koshy, C. (2009, January- June). Fatigue in cancer: a review of literature. *Indian Journal of Palliative Care*, 15(1), pp. 19-25.
- ✚ National Comprehensive Cancer Network- (2000) – *Clinical Practice Guidelines in Oncology, Cancer –Related Fatigue*. NCCN.
- ✚ Oliveira- Cardoso, E., Mastropietro, A., Voltarelli, J., Santos, M.(2009, Outubro/Dezembro) Qualidade de vida de sobreviventes do transplante de medula óssea(TMO): um estudo prospectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*,25(4), pp. 1-14.
- ✚ Oliveira, R., Marcon, S.( 2007). Trabalhar com famílias no programa de saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá- Paraná. *Revista Escolar de Enfermagem*, 41(1), pp. 65-72.
- ✚ Ordem dos Enfermeiros (2009) – *Caderno temático: Modelo de desenvolvimento profissional- sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem* (SCICE), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- ✚ Orem, D. (1995). *Nursing concepts of practice*. Nova Iorque: Mosby.

- ✚ Oriá, M., Moraes, L., Victor, J. (2004). *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*. Revista Eletrônica de Enfermagem( 6(2)). Recuperado em 25 de Abril, 2012, de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- ✚ Pais, F. (2004). O impacto da doença oncológica no doente e família. In *Enfermagem Oncológica*. (Cap. 2, pp. 25-37). Coimbra: Formasau.
- ✚ Pinto C., Pais- Ribeiro, J. (2007 Janeiro- Março). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade! *Texto & Contexto- Enfermagem*, 16, (1), pp.142-148.
- ✚ Pontes, L., Guirardello, E., Campos, C. (2007). Demandas de atenção de um paciente na unidade de transplante de medula óssea. *Revista Escolar de Enfermagem*, 41 (1), pp.154-160.
- ✚ Portenoy, R., & Itri, L. (1994). Cancer -related fatigue: guidelines for evaluation and management. *The Oncologist* ,4, pp. 1-10.
- ✚ Seo, Y., Oh, H., Seo, W.(2010). Causal relationships among factors associated with cancer-related fatigue. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, pp.380-386.
- ✚ Silveira, C., Ribeiro, V.(2004, Fevereiro). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), pp. 91-104.
- ✚ Silveira, R., Lunardi, V., Lunardi, W., Oliveira, A. (2005). Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto & Contexto- Enfermagem*, 14, pp. 125-130.

- ✚ Stone, P., Minton, O. (2008). Cancer-related fatigue. *European Journal of Cancer*, 44, pp. 1097-1104.
  
- ✚ Vilaça, C., Barreiros, D.,Galli, F.,Borçari,I., Conceição,C., Carneiro, M.(2005). *O autocuidado de cuidadores informais em domicílio-percepção de enfermagem*. Revista Eletrónica de Enfermagem(7(2)), Recuperado em 6 de Maio, 2012.<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
  
- ✚ Vitor, A., Lopes, M., Araujo, T. (2010, Julho-Setembro). Teoria do deficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem, *Escola Anna Nery*, 14, (3), pp. 611-616.
  
- ✚ Wang, X. (2008, October). Pathophysiology of cancer- related fatigue, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(5) (suppl.), pp. 11-20.
  
- ✚ Winningham, M. (1994, January\ February). Fatigue and cancer-experience: the state of knowledge. *Oncology Nursing Forum*, pp.23-26.
  
- ✚ Wright, L., Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família* (3ª ed.). São Paulo: Roca.
  
- ✚ World Health Organization 2008-2013(2008). Action plan for the global strategy for the prevention and control of non communicable diseases, Geneve,Who.RetrievedNovember12,2011,from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/who>
  
- ✚ World Health Organization (2008). Commission on social determinants of health, closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, Geneve, Who. Retrieved November 12,2011, from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/who>

- ✚ Wu, H-S., McSweeney, M. (2007). Cancer – related fatigue:” It’s so much more than just being tired”. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, pp. 117-125.

## APENDICES

## APENDICE I

Cronograma do relatório, subordinado ao tema: O impacto da FRC na capacidade para o autocuidado do doente submetido a TMO.

LOCAIS DE ESTÁGIO	ANO	3º Semestre 2011			2012	
	MESES	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO/MARÇO
<b>UTMO</b>	28 Turnos (220H a 225H)	DE 1 A 31	DE 1 A 30			REALIZAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL
<b>UTM</b>	28 Turnos (220H a 225H)			DE 1 A 16	DE 1 A 31	

## APENDICE II

# **REFLEXÃO CRÍTICA Nº 1**

## **INTRODUÇÃO**

Refletir sobre a nossa prática profissional, está de alguma forma inerente à profissão de enfermagem. Sem uma reflexão sistemática acerca do nosso trabalho, não conseguimos melhorar o déficit de autocuidado.

Conseguir sempre um desempenho excelente nos meus cuidados como enfermeira, foi uma meta que sempre almejei alcançar, e para me aproximar dela, a frequência do 2º Curso de Pós – Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica Vertente Oncológica é primordial, pois permitirá o aprofundamento dos meus conhecimentos e a aquisição de competências que implicarão uma melhor prestação de cuidados aos doentes submetidos a transplante de medula óssea. Sendo a fadiga um dos sintomas predominantes neste tipo de doentes resolvi escolher este tema fadiga relacionada com o cancro, pois já me inquieta há algum tempo.

Com esta primeira reflexão, vou descrever uma experiência, utilizando o Ciclo de Gibbs: descrever a situação, explicitando o que aconteceu, os pensamentos e sentimentos daí decorrentes, avaliar essa experiência, nos seus pontos fracos e fortes, realizando a sua análise crítica, e terminando com a conclusão do que fiz e do tentarei fazer melhor numa próxima ocasião.

## DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A fadiga relacionada com o cancro é um sintoma subjetivo de avaliar, pois a semelhança da dor depende do que o doente nos diz sentir. A fadiga relacionada com o cancro tem sido sempre relegada para segundo plano, pois normalmente é considerada tanto pelos profissionais, como pelos doentes e familiares, um fator intrínseco da doença, aceite como uma situação esperada. No entanto existem autores como Bonassa, (2005), que nos alertam para o facto de a avaliação dos fatores que contribuem para a fadiga relacionada com o cancro, poderem facilitar o seu tratamento.

*“O primeiro passo no tratamento da fadiga é a identificação e tratamento desses fatores. Embora possam não ser a causa primária da fadiga, quando presentes potencializam sua intensidade e incómodo; tratá-los em uma abordagem inicial pode reduzir a fadiga a níveis tolerados”* (Bonassa, 2005, p.205).

O caso que apresentarei reporta-se ao início do estágio na Unidade de transplantes de Medula óssea do CHLN-EPE.

Após alguns turnos, quando já me sentia integrada na equipa, foi admitido a 11/10/11 um doente, o Sr. JM que eu conheci na admissão e a quem prestei cuidados ao longo do seu internamento. Era um homem de 64 anos, raça caucasiana, católico não praticante, simpático e aparentemente muito conversador.

Tinha como antecedentes pessoais litíase renal e diabetes mellitus II, a qual não o preocupava muito, pois era controlada apenas com antidiabéticos orais, sem que o doente se preocupasse muito com a sua alimentação, pois segundo afirmou não fazia restrições, comendo o que lhe apetecia, sem se preocupar com o facto de ser diabético.

Está internado com o diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), (desde Agosto de 2011), para realização de quimioterapia de alta dose e transplante alogénico familiar de medula óssea (a dadora é uma irmã).

O Sr. JM., um empresário conhecido no seu ramo de trabalho, é um homem confiante, afável, mas dominador em relação aos amigos e família, tem uma esposa que nunca esteve empregada e duas filhas e um filho, a quem ele tinha proporcionado um curso superior, o que o deixava muito orgulhoso.

Recebia constantemente telefonemas de carácter profissional e de alguns amigos, embora tivesse limitado as visitas aos familiares, recebendo no quarto (pois ficou em isolamento a partir do dia da infusão das células), a esposa e uma das filhas a quem era facilitada a entrada por ser funcionária do hospital.

Nos primeiros dias do internamento este doente estava independente no desempenho das suas atividades de vida diárias e eu conversei com ele, conhecendo os seus hábitos, e tentando perceber os seus receios. Pelo que me contou, era um homem muito ativo antes de ter sido diagnosticado com LLA, e ser internado para realizar quimioterapia. Explicou-me que se tinha apercebido que algo se passava quando “começou a sentir que o que antes não era esforço, passou a ser um esforço tremendo” (SIC), não conseguia passear com a esposa a pé sem se sentar a meio de um percurso pequeno, não tinha força para carregar com nada, e o que o entristeceu mais, não conseguia ter relações sexuais. Quando esta situação se repetiu, decidiu consultar o seu urologista, que o mandou fazer exames e o encaminhou para a Hematologia.

Salientava no entanto, com orgulho que sempre que tinha estado internado, tinha permanecido independente. Referiu várias vezes que “nunca precisei de ajuda de ajuda nem em casa nem no hospital, e nem gosto de pensar nisso. Não sou uma criança para precisar que cuidem de mim.” (SIC)

Outro motivo de orgulho ao salientar a sua independência em relação aos cuidados, era referir que nunca tinha necessitado medicação para dormir ou por estar nervoso, destacando na conversa frases do género: “Mesmo quando estava mais cansado, nunca tomei nada, quando dormia, dormia, quando não conseguia paciência, eu também não tinha pressa” “às vezes fazia umas sestas, e depois ficava acordado á noite, paciência” (SIC).

Percebi de imediato, que este homem iria aceitar com dificuldade a hipótese de ficar dependente nas suas atividades de vida diárias. Estive alguns dias sem ir ao serviço e quando regresssei a 20/10/11, D-1, na véspera da infusão das células) a situação do Sr. JM, tinha sofrido uma alteração, ele apresentava-se com desequilíbrio na marcha, necessitando de ajuda nos cuidados de higiene e de supervisão na mobilização no quarto.

Quando entrei no quarto, o Sr. JM, estava com um ar taciturno, rabugento, e contrariado, referiu” aqui estou, cheguei ao limite, podem fazer o que quiserem” (SIC).

Abstendo-me naquela altura de grandes comentários, referi apenas que iria ajudá-lo para ele se sentir melhor. Preparei-lhe o material necessário para a sua higiene e auxiliiei-o na lavagem da região dorsal e dos membros inferiores, com posterior aplicação de creme hidratante em todo o corpo, no entanto para preservar a sua intimidade combinei antecipadamente com o Sr. JM, que este lavaria sozinho o rosto, tronco anterior e os genitais, durante a minha ausência do quarto.

Enquanto o ajudava explicava-lhe que esta era uma situação temporária que apenas existiria no período de tempo em que ele sentisse necessidade de alguma ajuda, eu não estava a substituí-lo mas apenas a ajudá-lo numa atividade que ele tinha dificuldade em desempenhar sozinho sem despender um grande esforço. O que lhe permitiria guardar energia para outras atividades. Com um sorriso ele disse-me que já o tinha convencido, e que tinha percebido que estava muito cansado e era bom ser ajudado, e não ia insistir em fazer tudo sozinho sem conseguir.

Esta situação não foi única, pois a 21/10/11, D-0, o dia da infusão do TMO de manhã, eu fiz o turno da tarde, e Sr. JM, estava muito apreensivo por ter dormido muito mal na noite anterior, mas recusava a medicação que lhe tinham prescrito para o ajudar a adormecer á noite, referindo que não precisava de comprimidos para dormir pois tanto podia dormir de dia como de noite.

Percebi que para um homem tão controlador como ele era difícil aceitar algo que fugisse ao seu controle, e como já tinha aceitado ajuda na higiene e na

mobilização no quarto, teria que ser persuadido a aceitar a medicação. Pelo que conversei com ele utilizando os argumentos que já tinha utilizado com outros doentes em ocasiões semelhantes no meu próprio serviço. Que estar internado num hospital era diferente de estar no nosso ambiente habitual, em casa se não dormirmos bem uma noite normalmente recuperamos na próxima, mas o Sr. JM não tinha possibilidades de fazer o mesmo, pois como se sentia fatigado, precisava de dormir bem, e tal é impossível quando durante a noite se acorda de 2 em 2 horas ou mesmo de hora a hora para urinar, visto estar a realizar uma hidratação, com soro em perfusão a alta dose. O comprimido para dormir ia permitir que conseguisse adormecer rapidamente, após acordar para urinar, seria a diferença entre demorar uma hora a adormecer e alguns minutos.

Fiquei dois dias sem ir ao serviço e quando regressei a 24/10/11, D+3, o Sr. JM, ainda necessitava de ajuda, e confidenciou-me que ainda bem que tinha tomado o comprimido para dormir, pois dormia melhor e adormecia rapidamente quando acordava de noite. Nos dias que se seguiram o Sr. JM, continuou a necessitar dos mesmos cuidados, melhorando gradualmente da sua extensa fadiga consoante subiam os seus valores hematológicos.

A 31/10/11, D+10, com a recuperação dos valores hematológicos, ele passou do regime de isolamento ao regime de porta aberta, ou seja podia receber mais visitas, até 3 pessoas e não precisávamos de máscara para entrar no quarto.

Neste dia para seu regozijo, conseguiu cuidar da higiene de forma independente, necessitando de ajuda apenas para colocar o creme hidratante. Começou então a preparação para a alta.

## **SENTIMENTOS E PENSAMENTOS**

Não posso deixar de referir que embora tenha tentado ter sempre uma relação empática com o Sr. José, houve algumas ocasiões em que me senti um pouco

frustrada, sem saber bem como conversar com ele. Perante a sua atitude brusca fiquei um pouco chocada, no entanto após refletir sobre o assunto percebi que essa brusquidão era apenas uma forma de dissimular os seus medos, uma maneira de os dissimular, afastando as pessoas, para não se aperceberem da sua vulnerabilidade.

Esta perceção, que não era a primeira deste género na minha experiencia profissional levanta-me sempre questões similares quando reflito sobre ela.

Será esta reação do Sr. JM, provocada pelo medo ou será resultado da sua forma de ser autoritária. Será a minha postura a mais correta? Embora fossem anteriormente baseadas na minha prática e no senso comum, os cuidados e ensino que eu realizo agora, estão de acordo com o que investiguei e aprendi ao longo deste período de reflexão e estudo?

## **AVALIAÇÃO**

Nesta situação específica, existem fatores facilitadores e inibidores da experiência.

### **Facilitadores:**

- Tempo profissional, como exerço esta profissão há algum tempo, penso conseguir identificar com mais facilidade os mecanismos de defesa que os doentes erguem como proteção, como por exemplo a brusquidão com que o Sr. JM, respondia.
- A frequência da especialidade, permitiu-me estudar mais aprofundadamente o tema da fadiga relacionada com o cancro, sentindo-me mais preparada para lidar com situações com este sintoma.
- Sentir que o cuidado que prestei tinha mudado a perspetiva de dependência que o Sr. JM tinha antes deste internamento.

### **Inibidores:**

- Não me sentir tão á vontade no local do estágio, como me sinto no meu serviço, pode ter limitado a minha ação.
- A brusquidão do Sr. JM foi um fator limitador, no início da minha prestação de cuidados, pois foi um fator a ser ultrapassado.
- Os intervalos entre os turnos serem superiores aos que normalmente eu tenho, no meu serviço habitual, os turnos eram inicialmente ou muito seguidos ou separados vários dias, consoante a minha disponibilidade o que implicava estar afastada do serviço vários dias seguidos.
- O facto de exercer funções no meu serviço ao mesmo tempo que decorria o início do estágio, limitou o número de turnos que realizei inicialmente.

Refletindo acerca da minha ação, penso que no geral foi positiva, e existem vários aspetos que eu já realizava apesar de eles estarem apenas suportados por um conhecimento empírico e da prática.

### **ANÁLISE**

Não posso deixar de referir que fiquei lisonjeada, quando após uma ausência de 3 dias, o Sr. JM, me perguntou assim que entrei no quarto, “Onde andou? Senti a sua falta, queria conversar consigo” e os colegas referiram que nos dias anteriores o Sr. JM, tinha sempre perguntado por mim.

Foi importante para mim sentir que um doente sentia a minha falta, e que o meu acompanhamento tinha sido significativo para ele, principalmente alguém que apresentava uma atitude tão brusca

Ao longo desta reflexão orientei-me pela teórica Dorothea Orem, e pela sua teoria do défice de autocuidado pois quando a demanda do autocuidado terapêutico excede a capacidade do indivíduo para o autocuidado, pode existir um autocuidado deficitário, o que implica uma atuação de enfermagem.

Segundo Orem (1995), os Requisitos de Desvio de Saúde são necessidades de autocuidado que se apresentam nos casos de doença ou incapacidade e nos tratamentos exigidos para corrigir esta condição.

O autocuidado é o conjunto de ações que o ser humano desenvolve de uma forma consciente e deliberada em seu benefício no sentido da promoção e manutenção da vida, bem-estar e saúde.

O enfermeiro centra-se na promoção da pessoa como agente de autocuidado. Alguns requisitos necessários ao autocuidado manifestam-se apenas quando ocorrem situações de doença ou de dano para a saúde.

Esta intervenção segundo Orem (1995) dá-se em três sistemas diferentes, que são: *Sistema totalmente compensatório*; *Sistema parcialmente compensatório*; e *Sistema apoio-educação*. Vou reportar-me ao *Sistema apoio-educação*. Neste o cliente está apto e pode ou deve aprender a realizar ações de autocuidado terapêutico, no entanto necessita de auxílio.

De acordo com esta teórica pude constatar que este doente não realizava algumas ações de autocuidado, logo o seu autocuidado estava comprometido, havendo um défice de autocuidado.

Segundo, Afonso Shirley (2003), Orem defende que a enfermeira valoriza a individualidade de cada indivíduo, criando condições que permitam a independência possível a cada doente no seu autocuidado, permitindo-lhes conviver com as suas limitações, promovendo a sua integração na vida familiar e social.

Também Bonassa (2005,p.204) refere que *“Muitos médicos e enfermeiros não avaliam a fadiga porque desconhecem tratamentos efetivos ou não percebem a sua importância em qualidade de vida e desempenho funcional.”*

De acordo com Ahlberg et al (2003), devemos fornecer informação aos doentes acerca da sua doença e do que podem esperar dos tratamentos, pois com essa informação poderão adotar estratégias de controlo e ficarem preparados para os efeitos secundários dos tratamentos. Um dos efeitos secundários do TMO, é a fadiga relacionada com o cancro, sendo esta considerada o efeito mais

incômodo para os doentes oncológicos, eles pensam que é uma consequência inevitável dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia. Os cuidadores informais não a referem aos profissionais de saúde por pensarem que é uma consequência esperada e sem tratamento, e os próprios profissionais subvalorizam-na, desconhecendo a existência de tratamentos eficazes e nem a valorizam como um sintoma específico. (Bonassa (2005); Menezes & Camargo (2006); Mota & Pimenta (2002).

Percebendo que este homem não aceitaria com agrado qualquer tipo de dependência ou ajuda deveria ter começado a prepará-lo para o que poderia acontecer futuramente no internamento. E apesar de me incomodar o ar do Sr. JM, muito depreciativo (como quem diz, está tão enganada) deveria ter explicado que num futuro próximo se poderia sentir muito fatigado e que o cuidar da sua higiene sozinho num lavatório com uma bacia (pois na unidade os quartos não tem casa de banho ou mesmo chuveiro), podia implicar um esforço sobre-humano que o deixaria tão extenuado, que de seguida não conseguiria fazer mais nada, por um período de tempo considerável. No entanto se permitisse que eu ou outro colega o auxiliasse em alguns aspetos tão simples como a preparação do material para a higiene, ou a lavagem das costas ou dos membros inferiores, isso iria permitir-lhe ser independente na restante higiene, poupando energia.

Segundo Ahlberg et al (2003,p.646), realizaram-se três estudos em doentes submetidos a TMO, que ao praticarem exercício físico controlado diminuiram a fadiga relacionada com o cancro, melhorando a sua qualidade de vida. Para Bonassa (2005,p.206):

*“Estudos clínicos demonstram forte evidência da eficácia dos exercícios físicos no manejo da fadiga em pacientes com câncer” (...) “Exercícios moderados e regulares podem manter e melhorar a capacidade funcional e ocasionar um aumento de tolerância aos exercícios”.*

Claro que embora os exercícios recomendados no artigo, caminhadas e utilização de bicicleta fixa não poderem ser utilizados no internamento, podemos sempre substituí-los por pequenas caminhadas em volta do quarto e estimular o doente a realizá-las na nossa companhia ou da visita que entra no quarto.

Os quartos da unidade são espaçosos, o que nos permite estimular os doentes a caminhar pelo mesmo e a não permanecerem tanto tempo na cama (o que só lhes aumenta a astenia). Refletindo chego á conclusão depois do que li, que todos nós estimulamos pouco os doentes embora falemos acerca disso, praticamente só nos referimos á ajuda que eles podem precisar e ao inicio do exercício quando tem alta e vão para casa, não insistindo neste tema ao longo do internamento ou durante os longos períodos que passam em Hospital de Dia. No fundo é tão fácil insistir um pouco mais e com alguma boa disposição e um sorriso convencer os doentes a caminharem connosco mesmo num pequeno espaço ou realizarem simples exercícios físicos, em vez de ficarmos sem saber o que fazer quando os doentes passam muito tempo deitados, sem fazer nada.

Segundo Menezes e Camargo (2006) citando Barsevick et al, a tendência dos doentes é reduzir ao máximo a atividade física e descansar o mais possível. No entanto esta atitude pode conduzir a uma redução de energia e aumento da fadiga relacionada com o cancro.

Segundo Ahlberg et al (2003), existem vários estudos que demonstram que doentes oncológicos passam grandes períodos de tempo a dormir, mas o seu padrão de sono é perturbado com o acordar de hora a hora, também Bonassa faz referência a este tema.

*“Médicos e enfermeiros comumente recomendam períodos de descanso e sono adicionais aos pacientes com câncer que referem fadiga. No entanto, os indivíduos que ampliaram os períodos de sono e descanso com esse objetivo reportam que a prática ajuda, mas não alivia definitivamente o sintoma” Bonassa (2005,p.207)*

Segundo Mitchell et al, (2007), os doentes devem otimizar a qualidade do seu sono, os enfermeiros devem ensiná-los a utilizar estratégias que incluam o relaxamento muscular, evitar sestas durante o dia, utilizar a cama apenas para dormir e sexo, ir para a cama apenas quando estão com sono, estabelecer um horário para dormir e acordar, evitar bebidas estimulantes ao final do dia, estabelecer uma rotina antes de dormir que os acalme e mantê-la sempre (por exemplo: beber uma bebida calmante ou ouvir uma música que os acalme).

Quando iniciei a preparação para a alta, um dos ensinamentos que fiz ao Sr. José, foi de que a fadiga se manteria por um período de tempo muito longo, no entanto existem formas de tentar reduzir os seus efeitos, como por exemplo para tentar controlar o cansaço que teria ao retomar a sua vida diária, em vez de passar períodos maiores a repousar era importante alternar esses períodos de repouso com uma atividade física leve que iria aumentando gradualmente.

Sugeri-lhe pequenos passeios com a esposa perto de casa, pois eles moram perto da praia. E além disso a esposa tinha na garagem uma bicicleta estática, para usar, seria oportuno que ele também a usasse, de início durante pequenos períodos de tempo e gradualmente conforme se sentisse melhor aumentaria o esforço do exercício, tendo sempre em mente que estaria a recuperar de um TMO, e a fadiga se prolonga durante longos períodos, após a recuperação hematológica. (Ahlberg et al (2003); Bonassa (2005))

Para melhorar os seus padrões de sono aconselhei-o a só dormir sesta pequenas e nunca na cama, sempre no sofá e apenas quando sentisse extrema necessidade, realcei a importância de ter horários mantidos para dormir, deitar-se apenas quando tivesse sono, e a beber um chá ou outra bebida que gostasse antes de dormir.

Como referem Mota e Pimenta (2002, p.578), “Fadiga é relatada pelos doentes com câncer, em todas as fases da doença, como um dos sintomas mais frequentes”

## **CONCLUSÃO**

Ao realizar esta conclusão, procurarei responder às questões que me foram surgindo ao longo desta reflexão.

Refletindo acerca da minha atuação, surgem algumas questões. Quando passei por situações semelhantes a esta, iniciava logo um ensino acerca do que era esperado por estes doentes ao longo do internamento e no entanto neste caso específico isto não aconteceu.

✚ Terá a minha postura sido a mais correta? O que deveria ter feito?

Como me senti irritada com a atitude inicial do Sr. José, prejudiquei inicialmente a realização de uma relação empática enfermeiro/doente. Esta minha atitude poderia ter comprometido, os cuidados e ensino que prestei a este doente. Não posso deixar de pensar que com a experiência profissional que tenho, com a literatura que consultei e os conhecimentos adquiridos, não me deveria ter deixado intimidar e devia ter apreendido precocemente o medo da dependência que este doente tinha, o que o levava a ser brusco. Essa lacuna que eu criei, não me permitiu atuar com o profissionalismo esperado por mim, fazendo-me sentir inapta na relação.

Deveria ter inicialmente demonstrado uma maior disponibilidade, não tecendo juízos de valor e permitindo que o doente se sentisse á vontade comigo, para expressar os seus medos e angústias, como aconteceu posteriormente quando aceitou o meu apoio, devido à situação de fadiga relacionada com o cancro em que se encontrava.

Não podemos esquecer que todos os doentes submetidos a TMO, como refere Bolander (1998), se encontram isolados, o que vai exacerbar os fatores psicossociais inerentes ao aparecimento da fadiga. Estes doentes demonstram sentimentos de solidão e aborrecimento, sentem-se privados de espaço e de contacto humano.

Estando hospitalizados, e confinados a um quarto de hospital, a atividade física é muito reduzida o que vai acentuar a fadiga relacionada com o cancro. Cabe-nos a nós enfermeiros tentar colmatar esta situação, com a estimulação e ensino aos doentes já antes referidos nesta reflexão.

✚ Embora fossem anteriormente baseadas na minha prática e no senso comum, os cuidados e ensino que eu realizo agora, estão de acordo com o que investiguei e aprendi ao longo deste período de reflexão e estudo?

Como referem Menezes e Camargo (2006), os fatores relacionados com o aparecimento da fadiga relacionada com o cancro, são fisiológicos, psicológicos,

sociais e ambientais. Podemos salientar o stress, depressão, debilidade física, anemia, entre outros.

Habitualmente os enfermeiros, onde eu me incluo, identificam a fadiga relacionada com o cancro, e no entanto nos registos de enfermagem aparecem apenas expressões do género, “apresenta cansaço ao mínimo esforço”, “necessitou de ajuda nos cuidados”, “apresenta astenia acentuada” e realizam cuidados de gestão da fadiga, sem no entanto lhes darem o devido realce.

Não se escreve nos registos de uma forma relevante a promoção do sono, com a diminuição do ruído e das luzes, os ensinamentos efetuados para a promoção da atividade física, o apoio emocional prestado ao doente quando conversamos com ele acerca da sua situação e realizamos ensino para a promoção do seu bem-estar, reduzindo a fadiga relacionada com o cancro.

Além disso não damos realce aos ensinamentos que muitas vezes efetuámos ao longo do internamento para a prevenção da fadiga relacionada com o cancro, e para os ensinamentos que realizamos, estamos tão pouco conscientes deles que não lhes damos o devido valor, incluindo-os com os restantes, sem nos preocuparmos muitas vezes se o doente os aprendeu devidamente ou não. Devemos sempre validá-los e inclui-los na informação escrita que entregamos ao doente com os cuidados a ter após a alta.

## **PLANEAR A ACÇÃO**

Esta experiência e a reflexão sobre ela ajudaram-me a crescer pessoal e profissionalmente, posso salientar como aprendizagens:

- ✚ Considerar o doente e a sua família uma unidade única de cuidados, avaliando e respondendo às necessidades que eles apresentem acerca da fadiga relacionada com o cancro.
  
- ✚ Não me deixar intimidar com a arrogância ou outra atitude menos agradável, e devo tentar ultrapassar de imediato essas primeiras

impressões, percebendo que a maior parte delas representam medo e angústia, que eu terei que desmistificar.

- ✚ Estabelecer uma relação de proximidade e disponibilidade com o doente que permita uma empatia mútua que promova uma boa comunicação com vista á implementação dos cuidados de uma forma célere e refletida.
- ✚ Realizar um ensino precoce em relação ao que pode ser esperado pelo doente em relação à fadiga relacionada com o cancro que surgirá como consequência do tratamento a que é submetido.
- ✚ Realizar uma promoção efetiva de exercício físico moderado, consoante a capacidade do doente, envolvendo a família neste cuidado.
- ✚ Avaliar o ensino sobre a fadiga relacionada com o cancro realizado ao doente e família e esclarecer dúvidas.
- ✚ Promover a comunicação entre a equipa de enfermagem com o objetivo de realizarmos sempre ensino para a prevenção da fadiga relacionada com o cancro.
- ✚ Estimular o registo dos ensinios efetuados pela equipa de enfermagem em relação á fadiga relacionada com o cancro.

A fadiga relacionada com o cancro, é referida por Bonassa (2005,pag.203) como *“ de magnitude e persistência superior, causa maior interferência nas atividades diárias e maior impacto em qualidade de vida”*.

Segundo um estudo realizado por Glaus et al, citado por Bonassa (2005,pag.203), os doentes oncológicos inserem a fadiga relacionada com o cancro em três grupos: 59% em sensações físicas (fraqueza e diminuição do

desempenho físico); 29% em sensações afetivas (tristeza, falta de motivação); 12% em efeitos cognitivos (dificuldade de concentração e diminuição da habilidade em resolver problemas).

Segundo o mesmo autor, “ *A fadiga é multidimensional e afeta o paciente oncológico de forma devastadora na esfera física, psicológica, social, profissional, financeira e espiritual*” Bonassa (2005,pag203)

Sabendo nós enfermeiros que a fadiga relacionada com o cancro se prolonga no tempo, podendo persistir por anos, após o final dos tratamentos, como refere Ahllberg et al (2003), devemos proporcionar a estes doentes e seus familiares estratégias para minimizar o impacto da fadiga relacionada com o cancro na qualidade de vida dos doentes e suas famílias.

Para Ahlberg et al (2003), devemos identificar a causa de um sintoma para o podermos controlar, mas como no caso da fadiga relacionada com o cancro as causas são várias, torna-se mais difícil de corrigir. Além disso existem outros sintomas concomitantes nas doenças oncológicas que agravam a fadiga relacionada com o cancro.

## BIBLIOGRAFIA

- ✚ ABCP (Associação Brasileira de Cuidados). (2010) Consenso brasileiro de fadiga. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, 3 (2) (suppl. 1), pp. 1-29.
- ✚ Afonso, S. (2003). *Dorothea Orem: Teoria do autocuidado*. Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde, Curso de graduação em Enfermagem, Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde, São Paulo, Brasil.
- ✚ Ahlberg, K., Ekman, T., Gaston-Johansson, F., Mock, V. (2003, August, 23) Assessment and management of cancer related fatigue in adults. *the Lancet*, 362, pp. 640-650.
- ✚ Bolander, E., Santana, T. (2005). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- ✚ Bonassa, E., Santana, T. (2005). *Enfermagem em terapêutica oncológica*. São Paulo: Atheneu.
- ✚ Campos, M. (2011). Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. *Associação Médica Brasileira*, 157(2), pp. 211-219.
- ✚ Cella, D., Davis, K., Breibant, W., Curt, G. (2001, July, 15). Cancer related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a united sample of cancer survivors. *Journal clinic Oncology*, 19 (14), pp. 3385-3391.
- ✚ Gorini, M., Silva, P., Chaves, P., Ercole, J., Cardoso, B. (2010). Registro de diagnóstico de enfermagem, fadiga em prontuários de pacientes oncológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3) pp. 354-358.
- ✚ Kirshbaum, M. (2010, May, 1). Cancer- related fatigue: a review of nursing interventions. *British Journal of Community Nursing*, 15(5) pp. 214-219.

- ✚ Menezes, M. F., & Camargo, T. (2006, Maio- Junho). A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 14(3), pp. 442-447.
  
- ✚ Mitchell, S. Beck, S., Hood, L., Moore, K., Tanner, E. (2007, February). Putting evidence into practice: evidence – based interventions for fatigue during and following cancer and its treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), pp. 99-113.
  
- ✚ Mota, D., & e Pimenta, C. (2002). Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia* , 48(4), pp. 577-583.
  
- ✚ Mota, D., Pimenta, C., Fitch, M., (2009). Pictograma de fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. *Revista Escolar de Enfermagem*, 43, pp.1080-1087.
  
- ✚ National Comprehensive Cancer Network- (2000) – *Clinical Practice Guidelines in Oncology, Cancer –Related Fatigue*. NCCN.
  
- ✚ Orem, D. (1995). *Nursing concepts of practice*. Nova Iorque: Mosby

## APENDICE III

## REFLEXÃO Nº 2

### INTRODUÇÃO

Refletir sobre o nosso trabalho é inerente à nossa profissão de enfermagem, para melhorar tanto profissional como pessoalmente, devemos refletir acerca dos cuidados que prestamos e de como podemos melhorar a nossa prestação.

Segundo Mota & Pimenta, “ *a fadiga é subjetiva, multifatorial, engloba o âmbito físico, emocional e cognitivo (...) Fadiga não é só o sintoma mais frequente como o mais incapacitante.* (Mota & Pimenta, 2002, p.579).

Estudos realizados na Irlanda por Dillon e Kelly (2003) citados por Bonassa (2005) mostram que a fadiga é apontada pela maioria dos doentes deste estudo (41%) como o efeito colateral que mais os incomoda, seguida de longe pela náusea (12%) e alopecia (8%).

No entanto, é ainda nos dias de hoje subvalorizada pelos profissionais de saúde na prática diária de cuidados.

Com esta segunda reflexão, vou descrever uma experiência, utilizando o Ciclo de Gibbs: descreverei a situação, expondo o que aconteceu, os pensamentos e sentimentos que senti, avaliar essa experiência, salientando os seus pontos fracos e fortes, realizando uma análise crítica, e terminando com a conclusão do que fiz e do que tentarei melhorar numa próxima ocasião.

## DESENVOLVIMENTO

A doença oncológica é atualmente enquadrada no contexto de doença crónica. Hoje, um diagnóstico de cancro deixou de ser um atestado de morte garantido, passando em muitos casos a ser percecionado como uma incerteza entre a vida e a morte. Como nos referem Pinto e Pais - Ribeiro no seu artigo com o título: Sobrevivente de cancro: uma outra realidade.

*” Hoje um número crescente de pessoas sobrevive ao cancro, viva para além do cancro por longos anos, pelo que maior atenção tem sido dada aos problemas relacionados com a qualidade de vida.” (...) “Nestas situações a cronicidade não é só a doença mas também a toxicidade dos tratamentos.” (...) “Enquanto a evidência dos números aponta para um aumento de longevidade, não traduzem efetivamente as repercussões do cancro na qualidade de vida das pessoas”. (Pinto e Ribeiro, p.143)*

Um dos sintomas associados à doença oncológica, que menos atenção desperta é a fadiga, que segundo Mota e Pimenta (2002) é uma experiência subjetiva e difusa que envolve aspetos físicos, psicológicos e cognitivos. Pode ser aguda, quando há descrição de extremo cansaço resultante de stress físico ou mental e que melhora com o repouso; ou crónica, quando há relato de fadiga que não melhora com o repouso e ainda há perda da funcionalidade. De acordo com estes autores a fadiga crónica é a fadiga relacionada com o cancro.

Apresentarei um caso de uma doente que foi admitida no início do meu estágio na Unidade de transplantes de Medula óssea do CHLN-EPE.

A 6 de Outubro de 2011, foi admitida para Auto transplante de Medula Óssea, a Sr<sup>a</sup> D. CP, de raça branca, natural de Odemira. Ex emigrante na Suíça, regressou há 2 anos para Odemira. Tinha-lhe sido feito o diagnóstico (após recorrer á urgência do hospital da zona, com queixas de dores intensas e claudicação do membro inferior direito), de Mieloma múltiplo Ig Gk em estágio IIIB, ISS III. em Janeiro de 2011. De Janeiro a Março de 2011, fez sempre os tratamentos de quimioterapia em ambulatório, no hospital da sua área de residência.

Uma senhora de 63 anos, com um ar muito calmo e controlado, sempre com um sorriso mas com um semblante triste e preocupado.

A Sr<sup>a</sup> D. CP gostava de passear, tinha uma horta distante de casa cerca de 15 minutos, onde gostava de ir diariamente cuidar dos seus legumes e árvores de fruto e dos animais que possuíam. Encontrava-se muito preocupada com o filho de 32 anos que vive com os pais, e tem uma doença bipolar, tendo sido internado várias vezes por crises depressivas. O último internamento ocorreu quando a mãe foi diagnosticada com o Mieloma Múltiplo. A sua principal preocupação era o filho ter uma crise durante o internamento dela, e ela não poder ir visitá-lo ao hospital.

Têm como antecedentes pessoais, um AVC isquémico, ocorrido há dois anos e como sequela tem uma hemiparésia discreta á direita. É Hipertensa desde os 50 anos, medicada com anti-hipertensores e dieta sem sal, que segundo a doente cumpre rigorosamente. Em Julho de 2010, como consequência da quimioterapia teve uma Insuficiência Renal Aguda.

De Fevereiro a Abril 2011, embora com dificuldade na mobilização, após dar alguns passos tinha que se sentar ou mesmo repousar após um pequeno esforço, realizando as suas tarefas com intervalos de repouso, cuidava da casa e da alimentação mas não conseguia ir á quinta, cuidar da horta e ajudar o marido, que tinha que cuidar de tudo sozinho, o que a deixava muito triste e deprimida. No entanto como o marido e o filho ficaram deprimidos com o diagnóstico, ela não podia demonstrar a sua tristeza, pois era ela o pilar da família. Tem uma filha com 35 anos casada que mora em Fátima com o marido e filha com 10 anos, mas como tem um emprego precário, também não pode dar muito apoio à mãe.

Devido á idade o marido com 75 anos, não consegue conduzir até Lisboa, pelo que falam diariamente ao telemóvel, e o marido e o filho vem aos domingos no autocarro, ficando em Lisboa das 13 às 17 horas, para a visitarem.

Sendo uma senhora muito conversadora e simpática, conversámos muito, e ela foi descrevendo os seus medos e angústias. Mostrava-se muito otimista em relação ao TMO, os seus medos estavam relacionados com o filho, o que a

preocupava era o tempo que estaria longe de casa, e do filho, e a falta que fazia ao marido, nos cuidados da horta e dos animais.

Nos primeiros dias do internamento, estive independente, autocuidando-se sem ajuda. Fez condicionamento com melfalan nos dias 7 e 8 de Outubro, e infundi a M.O a 10 e 11 de Outubro, sem intercorrências.

As complicações, surgiram precocemente no dia 12 de Outubro, considerado o dia +1. Ao entrar no quarto da D. CP, encontrei-a preocupada, pois apesar de se ter autocuidado em relação á higiene, estava muito nauseada, tinha alteração do paladar e a água não lhe sabia bem. Teve vômitos durante a noite, e não sabia o que poderia comer.

Sentei-me ao lado dela e conversamos acerca do que poderia fazer para além da medicação prescrita para ultrapassar uma fase que tinha um início precoce, mas se iria prolongar por algum tempo. Expliquei-lhe que poderia em vez de pedir um prato de comida, substituí-los por sopa passada, suplementos proteicos líquidos, ou sólidos semelhantes a iogurtes.

Além disso expliquei-lhe que devia aumentar a ingestão hídrica, e se tivesse dificuldade em beber água devido á alteração do paladar poderia beber outros líquidos com um sabor mais ativo como por exemplo, coca-cola, ice-tea, ou sumo compal, ou mesmo chá e as sopas poderiam ser enriquecidas com carne ou peixe, á semelhança das sopas das crianças. Ficou contente com as sugestões e conseguiu durante uns dias manter a alimentação e ingestão hídrica desta forma.

Passaram alguns dias e a 14 de Outubro dia +3, estava muito nauseada, com odinofagia, necessitando de iniciar morfina em perfusão para alívio da mucosite, que apresentava. Quando lhe falei em morfina ficou assustada com essa ideia, mas após conversarmos acalmou e aceitou a ideia de que seria uma dose pequena, apenas para lhe reduzir as dores e não lhe causaria qualquer tipo de dependência.

A dia 20 de Outubro, dia +8, piorada da odinofagia, com dores intensas á deglutição, com vômitos biliares com sangue, não se conseguindo alimentar, iniciou dieta zero, tendo-lhe sido prescrita alimentação parentérica. Situação que

a deixou muito desanimada, pois associou a alimentação parentérica a debilidade física, como estava com mais dores tanto na orofaringe, como abdominais aumentou a dose de perfusão de morfina, o que a deixou preocupada.

Voltámos a conversar, desta vez acerca da necessidade dela ficar sem se alimentar por via oral, por as dores serem insuportáveis. Expliquei-lhe em que consistia a alimentação parentérica, e que esta seria uma fase transitória, até a mucosa oral se restaurar. E o aumento da morfina era pequeno e gradual, e durante o menor período de tempo possível.

A Sr<sup>a</sup> D. CP sorriu, e agradeceu as “explicações e o tempo que eu lhe dispensava, explicando-lhe tudo de uma forma simples e com calma” (SIC), reforçando várias vezes a expressão calma. Agradeceu-lhe, reforçando que esse ensino fazia parte do meu trabalho, e sempre que tivesse dúvidas podíamos conversar.

Contou-me também que gostava muito de ler, tendo inclusive trazido 2 livros para ler no internamento. Após vê-los confidenciei-lhe que a leitura era um dos meus hobbies, e que já tinha lido aqueles livros e poderíamos conversar sobre eles.

A 24 de Outubro, dia +12, estava com o mesmo estado geral, com a agravante de estar com uma obstipação de 8 dias, o que a deixava muito incomodada.

No dia seguinte, dia+13, os valores hematológicos começaram a melhorar (tanto os leucócitos como os neutrófilos subiram), e iniciou desmame da alimentação parentérica e da morfina, o que a deixou muito satisfeita.

Nesse dia fiz tarde, e quando entrei no quarto, a Sr<sup>a</sup> D. CP, estava radiante por me contar as novidades, só depois de falar na subida dos valores e de como se sentia melhor, me disse que tinha um pedido para fazer, com um fâcies sugestivo de vergonha.

Rindo-me, disse-lhe que conseguia adivinhar o pedido, ela gostava de outra massagem. Envergonhada concordou, e combinei com ela fazer-lhe uma massagem de relaxamento sempre que estivesse de serviço.

Só voltei passados 5 dias, a D. CP, estava melhorada do seu estado geral, sem necessitar de ajuda, autocuidando-se novamente em relação à alimentação e hidratação. No entanto eu mantive o nosso compromisso e fiz-lhe a prometida massagem de relaxamento, após a realização do ensino para a alta que realizei, nos quais incluí os cuidados a ter para atenuar a fadiga relacionada com o cancro.

## **SENTIMENTOS E PENSAMENTOS**

Foi sempre muito fácil conversar com a D. CP, é uma mulher muito afável, com um ar doce embora muito sofrido, com quem eu estabeleci rapidamente uma relação empática. A minha reação ao contactar com esta senhora, foi a de necessidade de a proteger, diminuir o desconforto e eliminar as dores, pois o ar dela de sofrimento impelia-me a protegê-la para lhe evitar novos padecimentos.

Fiquei satisfeita, por ela ter apreciado os meus ensinamentos e os momentos de descontração que lhe proporcionei com as massagens, e mesmo as nossas conversas que lhe permitiram exteriorizar os seus medos e angústias, que estavam sempre relacionados com o filho, e as possíveis reações dele ao internamento da mãe.

Combinámos com a equipa de enfermagem, que o marido e o filho poderiam visitá-la fora do horário das visitas, porque eles vinham de autocarro de Odemira, chegando a Lisboa por volta das 12 horas, e ficando até às 17 horas, para voltarem novamente de autocarro. (as visitas eram das 14- 19 horas).

## **AVALIAÇÃO**

Nesta situação existem fatores facilitadores e inibidores da experiência.

### **Facilitadores:**

- A pesquisa bibliográfica baseada na evidência científica do tema fadiga relacionada com o cancro, permite-me estar mais preparada para lidar com os sintomas provocados por esta situação.

- Como exerço esta profissão há alguns anos, o treino adquirido pela observação e prática permite-me perceber quais os medos que os doentes têm, e receiam exprimir.

### **Inibidores:**

- A minha ação, pode ter sido limitada por não me sentir tão á vontade como no meu serviço.

- O exercício de funções no meu serviço, ao mesmo tempo que frequentei o início do estágio, limitou o tempo disponível para a realização desta reflexão.

Ao realizar esta reflexão, sinto-me satisfeita com a relação que mantive com esta doente, e com os ensinamentos e cuidados que lhe prestei. Deixou-me especialmente agradada o facto de lhe ter proporcionado momentos de relaxamento, que para ela eram insignificantes, até ter usufruído deles.

## **ANÁLISE**

A relação que estabeleci com a D. CP, foi de empatia imediata, sem envolver da minha parte qualquer tipo de esforço. Esta senhora com um ar angustiado, e triste, com um semblante que expressava sofrimento, cativou-me desde o primeiro momento, tornando a nossa relação muito espontânea.

Como na reflexão anterior, ao longo desta, orientei-me pela teórica Dorothea Orem, e pela sua teoria do défice de autocuidado.

Para Orem (1995), autocuidado é o cuidado pessoal que os indivíduos necessitam a cada dia de modo a regular o seu próprio funcionamento.

Ocorre défice de autocuidado quando o ser humano se encontra limitado para prover o seu autocuidado necessitando de ajuda de enfermagem (Orem, 1995)

Fundamentando-me em Orem, esta doente encontra-se comprometida no seu autocuidado, situando-se ao longo do internamento nos sistemas parcialmente compensatório; e apoio-educação.

No sistema parcialmente compensatório participámos ambas na realização de ações terapêuticas de autocuidado. No Sistema apoio - educação quando eu lhe dou apoio, orientação e ensino, para promover o seu autocuidado.

Segundo Orem, (1995), a enfermeira perante um doente com incapacidades ou limitações na satisfação das suas necessidades de autocuidado, planeia e implementa intervenções com o objetivo de cuidar da pessoa com diferentes graus de dependência e promover o seu autocuidado.

Desta forma, constatei que esta doente não realizava algumas ações de autocuidado, não conseguia cuidar da sua higiene sozinha, como tinha que utilizar, uma bacia num lavatório (os quartos não tinham casa de banho com chuveiro), necessitava de ajuda na lavagem do tórax posterior e dos membros inferiores e que lhe aplicassem o creme hidratante.

Precocemente, a D. CP, apresentou uma odinofagia intensa, associada a náuseas com vômitos persistentes, o que lhe dificultava a alimentação. No dia +3 (14/10/2011), tinha perdido cerca de 3kg. Não conseguia beber água pois esta sabia-lhe mal.

A doente seguiu as minhas sugestões, e como não lhe agradava o paladar da água passou a beber chá e coca-cola, que tendo um sabor mais intenso, lhe sabiam melhor.

Contactei a dietista, e propus-lhe que fosse conversar com a D. CP, acerca de alternativas alimentares, como por exemplo sopas enriquecidas e suplementos alimentares de que o hospital dispunha.

A D. CP, ficou satisfeita com estas ações que lhe permitiram manter a ingestão oral. Conversei igualmente com os médicos que aumentaram a prescrição de anti eméticos e também a dose de perfusão de morfina.

É indispensável proporcionar aos doentes refeições fracionadas e com uma boa apresentação, em que os pratos não estejam muito cheios, para darem aparência de menores quantidades.

De acordo com Kirshbaum (2010), deve-se promover uma dieta equilibrada, que inclua o aporte de calorias, proteínas, hidratos de carbono, gorduras, vitaminas e líquidos.

O medo que a D. CP, demonstrou em relação á utilização de morfina como análgesia e posteriormente ao seu aumento de dose, é uma situação que surge frequentemente na minha prática diária. Muitos doentes associam o uso de morfina e o seu conseqüente aumento de dose, a dependência e á deterioração do seu estado, pelo que aqui fundamentando-me em Orem (1995) se aplica o seu Sistema de Apoio e Educação, pois o enfermeiro vai orientar o doente, estimulando a sua tomada de decisão, o controlo do comportamento e aquisição de novos conhecimentos.

Como nos explica, a Dr.<sup>a</sup> Maria Fragoso, no seu artigo acerca dos mitos da morfina.

*“Os opióides, nomeadamente a morfina, não têm dose máxima para administração. A eficácia da morfina depende da intensidade da dor, da sua fisiopatologia e do perfil metabólico do doente. Assim, não podemos definir doses standard, nem limites superiores. A dose a utilizar é aquela que obtém uma análgesia eficaz no doente em avaliação, desde que os efeitos laterais sejam toleráveis.” (Fragoso, p.9)*

*“Hoje aceita-se que a terapêutica analgésica deve ser prescrita logo que o doente tem dor e, preferivelmente, sempre que nós antecipamos que a dor pode surgir (preemptive analgesia). A dor crónica leva, por si só, à modificação dos próprios mecanismos da dor, e pode acompanhar-se de alterações importantes a nível de motilidade (condicionando atrofas musculares, alterações posturais e articulares), do sono, do apetite, do estado nutricional” (Fragoso, p.5)*

As explicações que prestei á Sr<sup>a</sup> d. CP, sobre a morfina e a alimentação parentérica, foram consideradas por ela significativas e esclarecedoras, tendo mitigado os seus receios, são as mesmas que eu costumo dar aos doentes que passam por situações semelhantes às desta senhora, pois os mitos da morfina encontram-se nos doentes e nalguns profissionais de saúde.

De acordo com Pais (2004) o enfermeiro que trabalha com doentes oncológicos deve possuir profundos conhecimentos de todas as situações relacionadas com essa doença e com as emoções que o doente pode apresentar.

Para uma correta correção dos distúrbios nutricionais, devemos além de corrigir as náuseas e vômitos, corrigir igualmente situações como a diarreia ou a obstipação. A D. CP, passou por um período desgastante, e mesmo após ter resolvido parcialmente a situação de obstipação com laxantes, mantinha-se muito incomodada, com um desconforto que tinha dificuldade em expressar.

Foi com grande espanto que encontrei alguém relutante em receber uma massagem de conforto. Habitualmente os doentes reagem com agrado a este tipo de propostas de relaxamento. No entanto congratulo-me com a minha insistência que proporcionou momentos de alívio e relaxamento à D. CP. De tal forma que ela me pediu massagens de relaxamento em ocasiões posteriores, em que até já se sentia melhor fisicamente.

Segundo Kaplan (2001), citado por Kirshbaum (2010), os doentes oncológicos devem realizar atividades reparadoras, que lhes provoquem boas sensações, proporcionando ao doente a iniciativa de enfrentar novos desafios. Deverá ser um dos focos de intervenção primordiais do enfermeiro, a identificação do que o doente gosta de fazer, o que para ele é estimulante.

Segundo Mota e Pimenta (2002), as terapias complementares são cada vez mais utilizadas. E das várias conhecidas, as que apresentam resultados positivos sobre a fadiga relacionada com o cancro são a acupunctura, aromaterapia, toque terapêutico, massagem, musicoterapia e meditação (Mitchell et al, 2007).

## CONCLUSÃO

Ao realizar esta conclusão irei refletir acerca do que fiz, do que poderia ter feito, e do que me enriqueceu tanto pessoal como profissionalmente nesta experiência.

O contacto com esta doente foi facilitado, pela sua simpatia e pela empatia quase imediata que se estabeleceu entre nós. Após os meus 18 anos de experiência, este fator não devia ser tão importante na relação com o doente, no entanto continua a ter um peso significativo, pois embora eu tenha consciência de que cuidar igualmente de um doente com quem eu não sinto a mesma empatia, é facilitador dos cuidados a criação dessa relação. No entanto houve um assunto que embora tenha sido abordado nas nossas conversas, sinto que carecia de uma maior intervenção.

A D. CP, encontrava-se preocupada com o filho que sofria de doença bipolar. O seu maior medo era que o filho tivesse uma crise depressiva, á semelhança da que tinha tido quando soube do diagnóstico da mãe, e fosse internado no hospital, durante a ausência desta, devido ao seu próprio internamento.

Este assunto foi conversado por nós longamente e várias vezes, nas várias ocasiões em que eu lhe prestei cuidados, e sempre me pareceu ter conseguido acalmá-la e estimei-a a contactar telefonicamente o filho, para conversarem, o que ela fez. No entanto sinto que deveria ter feito mais. Mas não tive possibilidade de conhecer o filho da D. CP, pois ele só a foi visitar 2 domingos que não coincidiram com os meus turnos.

Como este tema era pertinente, eu conversei sobre ele com os colegas, alertando-os para esta situação. O serviço conta com a colaboração de um psicólogo clínico, que estava ausente do serviço, num congresso que teve a duração de uma semana e posteriormente ficou de férias, não existindo, pelo menos com conhecimento da equipa, outro profissional da área, que pudesse ser contactado, para nos auxiliar nesta situação.

A reflexão que agora escrevo alerta-me para a necessidade de me consciencializar das minhas emoções diariamente, pois além de enfermeira sou

mãe, e esta situação tocou-me particularmente. A minha rotina diária deve incluir uma prática reflexiva que me permita prestar cuidados responsáveis e otimizados em relação às situações por mim vivenciadas.

Segundo Ahlberg et al (2003), existe uma correlação entre a fadiga relacionada com o cancro e o sofrimento emocional, no entanto esta ainda não está completamente esclarecida.

Combinei com os colegas de equipa, uma autorização especial, para que o filho e o marido da Sr<sup>a</sup> D. CP, a pudessem visitar antes do horário de visitas permitido pelo serviço. O horário do serviço permitia visitas das 15H – 17H, o que reduziria muito o período de contacto desta senhora com os familiares. Como o marido não conduzia em Lisboa e o filho não sabia conduzir, eles vinham de autocarro, chegando a Lisboa por volta das 13H, e regressavam a casa novamente de autocarro por volta das 17H. Sendo-lhes autorizada a entrada mais cedo eles permaneciam mais tempo com a doente. Esta alteração foi muito importante para a Sr<sup>a</sup> D. CP, porque assim podia conversar pessoalmente com o filho e assegurar-se que ele estava bem. Como ela referia, era diferente vê-lo e conversar, do que apenas conversar pelo telemóvel.

Salientando o que nos referem Menezes e Camargo (2006), como os fatores relacionados com o aparecimento da fadiga relacionada com o cancro, são entre outros psicológicos, podemos salientar o stress e a depressão entre outros.

Segundo Góis (2004), existe a possibilidade do doente oncológico não reagir da forma que nós enfermeiros esperamos, às nossas propostas de recreação devido a sentimentos depressivos e de falta de esperança. Portanto as nossas propostas devem ser individualizadas para satisfazer as suas necessidades.

Além, das massagens que tanto lhe agradaram passei algum tempo a conversar com a D CP, acerca do livro que ela estava a terminar de ler. Nas ocasiões em que ela se sentia mais prostrada, com uma astenia acentuada, pedia-me para lhe ler em voz alta, porque sentia dificuldade em se concentrar para ler.

## PLANEAR A ACÇÃO

Esta foi uma experiência muito enriquecedora, pois facultou-me uma reflexão que me vai permitir aprimorar os cuidados que presto aos doentes com fadiga relacionada com o cancro em relação a situações de stress e desadequada nutrição e hidratação. Desta experiência saliento como aprendizagens:

- ✚ Ter os doentes e família como uma unidade de referência em relação aos cuidados prestados no âmbito da fadiga relacionada com o cancro.
- ✚ Estabelecer uma relação empática com o doente e familiares, permitindo um espaço de comunicação acerca dos fatores que implicam a fadiga relacionada com o cancro.
- ✚ Conhecer os gostos do doente em relação ao que gosta de fazer nos momentos de lazer, para lhe poder proporcionar momentos recreativos que sejam do seu agrado.
- ✚ Permitir espaço ao doente para poder iniciar novos desafios, ou ser auxiliado a realizar alguns que gosta, e não consegue fazer de uma forma autónoma.
- ✚ Utilizar terapias complementares, que proporcionem momentos de prazer e relaxamento ao doente.
- ✚ Promover uma dieta equilibrada.
- ✚ Monitorizar o peso, estado de hidratação e alimentação.
- ✚ Proporcionar-lhe refeições visualmente agradáveis e suplementos dietéticos.

De acordo com Góis (2004), que cita Winningham et al, estes autores elegem as intervenções de enfermagem para o alívio da fadiga relacionada com o cancro. Como podemos constatar na seguinte citação:

*(...) “Elegem também a educação como intervenção de maior impacto, referindo que a percepção da fadiga pode ser reduzida dando ao doente a informação necessária que o prepare para entender a fadiga como fazendo parte normal do tratamento, e não como um sinal da progressão da doença.” (Góis, p.127)*

Góis (2004), refere igualmente que a informação sobre a fadiga relacionada com o cancro, deve ser objetiva, simples e rigorosa de forma a combater o stress e promover o desenvolvimento de atividades e competências, que as tornem autónomas e responsáveis.

## BIBLIOGRAFIA

- ✚ Bonassa, E., Santana, T. ( 2005 ). *Enfermagem em terapêutica oncológica*. São Paulo: Atheneu
- ✚ Fragoso, M. (2002) – Mitos da morfina. Recuperado em 25 de Abril de 2012, <http://www.spmi.pt/revista/vol09>.
- ✚ Diógenes, M., Pagliuca, L. (2003, Dezembro). Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 24 (3), pp. 286-293.
- ✚ Góis, C (2004). A fadiga no doente oncológico. In *Enfermagem Oncológica*. (Cap.8, pp.125-135). Coimbra: Formasau.
- ✚ Kirshbaum, M. (2010, May, 1). Cancer- related fatigue: a review of nursing interventions. *British Journal of Community Nursing* ,15(5) pp. 214-219.
- ✚ Menezes, M. F., & Camargo, T. (2006, Maio- Junho). A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. *Revista Latino- Americana de Enfermagem* , 14(3), pp. 442-447.
- ✚ Mitchell, S. Beck, S., Hood, L., Moore, K., Tanner, E. (2007, February). Putting evidence into practice: evidence – based interventions for fatigue during and following cancer and its treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), pp. 99-113.
- ✚ Orem, D. (1995). *Nursing concepts of practice*. Nova Iorque: Mosby.
- ✚ Pais, F. (2004). O impacto da doença oncológica no doente e família. In *Enfermagem Oncológica*. (Cap. 2, pp. 25-37). Coimbra: Formasau

- ✚ Pinto C., Pais- Ribeiro, J. (2007 Janeiro- Março). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade! *Texto & Contexto- Enfermagem*, 16, (1), pp.142-148.

## APENDICE IV

# O IMPACTO DA FADIGA RELACIONADA COM O CANCRO NO DOENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Discente:  
Ana Cristina Nunes  
Docentes:  
Antónia Espadinha  
Elsa Oliveira  
Orientadora de estágio:  
Elsa Oliveira

LISBOA, 2011

## FADIGA RELACIONADA COM O CANCRO:

### FINALIDADE DA SESSÃO:

- Partilhar conhecimentos científicos e práticos que advém do desenvolvimento do meu projecto de estágio subordinado ao tema O IMPACTO DA FADIGA RELACIONADA COM O CANCRO NO DOENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA .
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade prestar cuidados que promovam a prevenção e tratamento da fadiga relacionada com o cancro no doente submetido a TMO.

## FADIGA RELACIONADA COM O CANCRO

### OBJECTIVOS DA SESSÃO:

- Identificar a importância de promover cuidados de enfermagem de qualidade que minimizem a fadiga relacionada com o cancro
- Compreender as dificuldades dos doentes durante o processo de transplantação relacionadas com a fadiga relacionada com o cancro.
- Conhecer as principais medidas mais comuns para evitar ou minimizar a fadiga relacionada com o cancro.
- Discutir as experiências individuais dos elementos da equipa de enfermagem, sobre a sua experiência de cuidar doentes com fadiga relacionada com o cancro.

## FADIGA RELACIONADA COM O CANCRO

❖ É uma persistente e subjectiva sensação de cansaço relacionada com a doença ou com o seu tratamento que irá interferir nas actividades diárias, além disso, não se resolve com o sono ou descanso, sendo de magnitude e persistência superior.

Bonassa (2005)

## FADIGA RELACIONADA COM O CANCRO

PERSISTENTE E  
SUBJECTIVA  
SENSAÇÃO DE  
CANSAÇO

CRÓNICA

SINTOMA MAIS  
FREQUENTE E  
O MAIS  
INCAPACITANTE

EXAUSTÃO E  
PERDA DE  
INTERESSE

AFECTA 70% -  
100% DOENTES  
COM CANCRO

BONASSA(2005); MENEZES & CAMARGO (2006) ; MOTA & PIMENTA(2002)

## FADIGA RELACIONADA COM O CANCRO

- ❖ CONSIDERADO O EFEITO MAIS INCÓMODO PARA OS DOENTES ONCOLÓGICOS
- ❖ OS DOENTES PENSAM QUE A FADIGA É UMA CONSEQUENCIA INEVITÁVEL DA QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA
- ❖ OS CUIDADORES INFORMAIS CONSIDERAM-NA UM SINTOMA ESPERADO E SEM TRATAMENTO, NÃO A REFERENCIANDO AO PROFISIONAL DE SAÚDE
- ❖ SUBVALORIZADA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
- ❖ MUITOS ENFERMEIROS DESCONHECEM TRATAMENTOS EFECTIVOS OU A REAL INFLUÊNCIA DESTA NO DESEMPENHO DOS DOENTES

BONASSA(2005); MENEZES & CAMARGO (2006) ; MOTA & PIMENTA(2002)

## A PREVALÊNCIA DA FADIGA É DIVERSIFICADA:

SENSAÇÕES FÍSICAS	SENSAÇÕES AFECTIVAS	EFEITOS COGNITIVOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fraqueza</li><li>• Diminuição do desempenho</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tristeza</li><li>• Depressão</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificuldade de concentração</li><li>• Diminuição da capacidade de resolução de problemas</li></ul>

BONASSA(2005); MENEZES & CAMARGO (2006) ; MOTA & PIMENTA(2002)

## AUTOCUIDADO/FADIGA RELACIONADA COM O CANCRO

- ❖ Para Orem o autocuidado, é “o cuidado pessoal que os indivíduos necessitam cada dia de forma a regular o seu próprio funcionamento” (1995,p.8)
- ❖ A enfermagem surge como um meio de proporcionar ao individuo medidas de autocuidado, cuja realização implica conhecimento e habilidades especiais , ou quando necessitam de ajuda para recuperar de alguma doença ou das suas consequências.
- ❖ A fadiga sendo um efeito colateral da doença oncológica, implica uma actuação da enfermeira no sentido de capacitar o doente para a ultrapassar e conseguir viver com o mínimo de limitações possível.

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



## PROMOÇÃO DO EXERCÍCIO:

Menos utilizada e mais difícil de manter.

**No internamento o enfermeiro deve estimular o doente:**

- ❖ A fazer levantes da cama para o cadeirão
- ❖ A caminhar pelo quarto, sozinho ou acompanhado
- ❖ Realizar exercícios físicos simples

**Após a alta, devemos estimular o doente a:**

- ❖ Realizar pequenas caminhadas
- ❖ Utilizar uma bicicleta estática
- ❖ Realizar exercício físico que lhe agrade com calma e sem excessos

Ahlberg et al (2003); Bonassa (2005)

## REDUÇÃO DO STRESS/ TERAPIAS COMPLEMENTARES

**O enfermeiro deve propor ao doente:**

- ❖ ouvir música,
- ❖ visitar os amigos,
- ❖ trabalhar/terapia ocupacional,
- ❖ ver televisão, ir ao cinema,
- ❖ passear, observar a natureza,
- ❖ fazer jardinagem
- ❖ realizar actividades criativas

**Terapias complementares com resultados positivos sobre a fadiga relacionada com o cancro são:**

- ❖ acupunctura, aromaterapia
- ❖ toque terapêutico, massagem,
- ❖ musicoterapia,
- ❖ meditação

Mitchell et al, (2007)

## ADEQUAÇÃO NUTRICIONAL E HIDRATAÇÃO

**O enfermeiro deve tentar corrigir a :**

- ❖ Diarreia
- ❖ Obstipação
- ❖ Náuseas e Vómitos
- ❖ Anorexia

**E posteriormente, proporcionar ao doente:**

- ❖ Dieta Personalizada
- ❖ Suplementos dietéticos
- ❖ Hidratação adequada

Ahlberg et al (2003); Bonassa (2005)

## ALTERAÇÃO/ ADEQUAÇÃO DO PADRÃO DE ACTIVIDADE E REPOUSO

os doentes devem otimizar a qualidade do seu sono.  
os enfermeiros devem ensiná-los a utilizar estratégias que incluam:

- ❖ relaxamento muscular
- ❖ evitar sestas durante o dia
- ❖ utilizar a cama apenas para dormir e sexo
- ❖ ir para a cama apenas quando estão com sono
- ❖ estabelecer um horário para dormir e acordar
- ❖ evitar bebidas estimulantes ao final do dia
- ❖ estabelecer uma rotina antes de dormir que os acalme e mantê-la sempre (por exemplo: beber uma bebida calmante ou ouvir uma música que os acalme).

Mitchell et al, (2007)

## BIBLIOGRAFIA

- ❖ BONASSA, M. A. E. – **Enfermagem em Terapêutica Oncológica**. 3ª edição. São Paulo: Atheneu, 2005 ISBN: 85-7379-762-2. P. 203-213.
- ❖ MENEZES, M. F.; CAMARGO, T. C. (2006) – A Fadiga Relacionada ao Câncer como Temática na Enfermagem Oncológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN: 0104-1
- ❖ MITCHELL [et al] (2007)- Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions for Fatigue During and Following Cancer and Its Treatment. **Clinical Journal of Oncology Nursing**. ISSN: 1092-1095. Vol 11- nº 1.P.99-113.
- ❖ MOTA, D. e PIMENTA, C. (2002) – Fadiga em Pacientes com Câncer Avançado: Conceito, Avaliação e Intervenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro. ISSN: 0034-7116. Vol. 48 - Nº 4. P. 577 - 583.
- ❖ OREM, D. (1995) - **Nursing Concepts of Practice**. 5ª Edição. Nova Iorque: Mosby.169. Vol. 14 - Nº 3. P. 442 - 447.

## APENDICE V

**2º Curso de Pós – Licenciatura e Mestrado  
em Enfermagem Médico – Cirúrgica Vertente  
Oncológica Unidade Curricular: Opção II  
Área de Projeto**

**O IMPACTO DA FADIGA  
RELACIONADA COM O CANCRO NO  
DOENTE SUBMETIDO A  
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**

**PLANO DA SESSÃO**

**CRISTINA NUNES**

**LISBOA 2011**

## **Destinatários:**

- ✚ Equipa de Enfermagem da UTMO

## **Finalidade:**

- ✚ Partilhar conhecimentos científicos e práticos que advém do desenvolvimento do meu projeto de estágio subordinado o tema O IMPACTO DA FADIGA NO DOENTE SUBMETIDO A TMO.
- ✚ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade prestar cuidados promovam a prevenção e tratamento da fadiga relacionada com o cancro no doente submetido a TMO.

## **Objetivos:**

- ✚ Identificar a importância de promover cuidados de enfermagem de qualidade que minimizem a fadiga relacionada com o cancro
- ✚ Compreender as dificuldades dos doentes durante o processo de transplantação relacionadas com a fadiga relacionada com o cancro.
- ✚ Conhecer as principais medidas mais comuns para evitar ou minimizar a fadiga relacionada com o cancro.
- ✚ Discutir as experiências individuais dos elementos da equipa de enfermagem, sobre a sua experiência de cuidar doentes com fadiga relacionada com o cancro.

## PLANO DA SESSÃO:

Etapas	Conteúdos	Estratégias
<p style="text-align: center;">Introdução</p> <p style="text-align: center;">5´</p>	<p>Justificação do tema</p> <p>Objetivos do projeto</p>	<p>Método expositivo</p> <p>Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</p>
<p style="text-align: center;">Desenvolvimento</p> <p style="text-align: center;">20´</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contextualização da problemática: a fadiga relacionada com o cancro</li> <li>2. Justificação da problemática</li> <li>3. Intervenções de enfermagem</li> </ol>	<p>Método expositivo</p> <p>Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</p>
<p style="text-align: center;">Conclusão e Avaliação da sessão</p> <p style="text-align: center;">5´</p>	<p>Realização da avaliação da sessão através de um pequeno questionário.</p>	<p>Debate com os colegas do UTMO</p>

## **QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO:**

1 – Considera este tema pertinente?

2 – Considera esta sessão esclarecedora?

3 – Após assistir a esta sessão, sente-se motivado para saber mais acerca deste tema?

## APENDICE VI

## **QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO NA UTMO:**

1 – Considera este tema pertinente?

2 – Considera esta sessão esclarecedora?

3 – Após assistir a esta sessão, sente-se motivado para saber mais acerca deste tema?

## APENDICE VII

## **SONDAGEM DE OPINIÃO AOS COLEGAS DA UTM**

**O que é para si a fadiga?**

**Conhece o termo fadiga relacionada com o cancro?**

**Sim**

**Não**

**Acha que é o mesmo que fadiga? Sim**  **Não**

**Se não, refira uma ou mais características que as podem diferenciar na sua opinião.**

## APENDICE VIII

**2º Curso de Pós – Licenciatura e Mestrado  
em Enfermagem**

**Médico – Cirúrgica Vertente Oncológica**

**Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

**O IMPACTO DA FADIGA  
RELACIONADA COM O CANCRO NO  
DOENTE SUBMETIDO A  
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**

**PLANO DA SESSÃO**

**CRISTINA NUNES**

**LISBOA 2012**

## **Destinatários:**

- 🚦 Equipa de Enfermagem da UTM

## **Finalidade:**

- 🚦 Apresentação do projeto: O IMPACTO DA FADIGA RELACIONADA COM O CANCRO NO DOENTE SUBMETIDO A TMO

## **Objetivo Geral:**

- 🚦 Apresentar o projeto á equipa de Enfermagem.

## **Objetivos Específicos:**

- 🚦 Identificar as dificuldades dos doentes durante o processo de transplantação relacionadas com a fadiga.
- 🚦 Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de realizar um ensino eficaz ao doente para a prevenção e tratamento da fadiga.

## PLANO DA SESSÃO:

Etapas	Conteúdos	Estratégias
<p style="text-align: center;">Introdução</p> <p style="text-align: center;">5´</p>	<p>Justificação do tema</p> <p>Objetivos do projeto</p>	<p>Método expositivo</p> <p>Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</p>
<p style="text-align: center;">Desenvolvimento</p> <p style="text-align: center;">20´</p>	<p>1.Contextualização da problemática: a fadiga relacionada com o cancro</p> <p>2.Justificação da problemática</p> <p>3.Intervenções de enfermagem</p>	<p>Método expositivo</p> <p>Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</p>
<p style="text-align: center;">Conclusão e Avaliação da sessão</p> <p style="text-align: center;">5´</p>	<p>Realização da avaliação da sessão através de um pequeno questionário.</p>	<p>Debate com os colegas do UTM</p>

## **QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO:**

1 – Conhecia o termo fadiga relacionada com o cancro?

2– Considera este tema pertinente?

3 – Considera esta sessão pertinente e esclarecedora?

4 – Após assistir a esta sessão, sente-se motivado para saber mais acerca da fadiga relacionada com o cancro?

## APENDICE IX

## **QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA SESSÃO NA UTM:**

1 – Conhecia o termo fadiga relacionada com o cancro?

2– Considera este tema pertinente?

3 – Considera esta sessão pertinente e esclarecedora?

4 – Após assistir a esta sessão, sente-se motivado para saber mais acerca da fadiga relacionada com o cancro?

## APENDICE X

## Reflexão Nº 3

### INTRODUÇÃO

A fadiga relacionada com o cancro é um tema que desperta o meu interesse há muito tempo, e que eu introduzia nas conversas com os doentes, nos cuidados que lhes prestava, tendo sempre o cuidado de lhes explicar o que se estava a passar e realizar ensinamentos para a alta, tendo em conta que a fadiga relacionada com o cancro se prolonga no tempo além do período de internamento. No início não tinha muitos conhecimentos teóricos, apenas os de algumas leituras e do que a minha experiência profissional e senso crítico me davam. No entanto ao realizar esta reflexão sinto que estou mais informada acerca da fadiga relacionada com o cancro, o que me permite prestar cuidados e realizar ensinamentos mais cuidados e capazes de promover o autocuidado.

Este sintoma, é inerente à vivência do cancro, e afeta cerca de 70 a 100% dos doentes, e é considerado um dos grandes obstáculos à otimização da sua qualidade de vida. (Menezes & Camargo, 2006)

Winningham et al (1994), referem que os doentes oncológicos descrevem a fadiga como cansaço, fraqueza, exaustão, depressão, incapacidade de concentração e muitos mais termos, o que nos confirma que a fadiga relacionada com o cancro é subjetiva, multifactorial, englobando fatores físicos, emocionais e cognitivos.

Com esta terceira reflexão, vou descrever uma experiência, utilizando o Ciclo de Gibbs: descreverei a situação, explicitando o que aconteceu, os pensamentos e sentimentos consequentes, avaliarei essa experiência, nos seus pontos fracos e fortes, realizarei a sua análise crítica, e terminarei com a conclusão do que fiz e do que tentarei fazer melhor em outra situação próxima.

## DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Apresentarei um caso de um jovem, que esteve internado na UTM, do IPOFGL, durante o período em que decorreu o meu estágio.

A 11 de Novembro foi admitido para Alo transplante de Medula Óssea o jovem RR, de 16 anos de idade, natural de Setúbal, onde residia com os pais e dois irmãos, ele com 19 anos e ela com 11 anos. Era seguido desde os 2 meses de idade no Hospital D. Estefânia, com o diagnóstico de B- Talassémia major. Com múltiplos internamentos, tendo sido proposto para transplante pela primeira vez em 1997 (com 2 anos de idade).

Como não existia um dador familiar compatível, foi iniciada a pesquisa de dador de painel em Fevereiro de 2000. Em 2008, foi encontrado um dador HLA compatível (10/10), no entanto o RR, apresentava nesta altura complicações hepáticas e alterações cardíacas e hormonais que implicaram o adiamento do transplante. Após tratamentos e várias avaliações clínicas foi decidido avançar com o alo transplante, pelo que foi admitido na UTM, transferido de um hospital pediátrico de Lisboa onde estava internado.

Foi sempre acompanhado ao longo dos internamentos pela mãe, que deixou de trabalhar depois de o RR nascer, era uma mãe muito cuidadosa, que encarava o RR como o seu bebé, embora tivesse uma filha mais nova.

O jovem RR, frequentava a escola, estava no 5º ano, que interrompeu para realizar o alo transplante, era um aluno com notas razoáveis. Aparentava ser um jovem tímido, mas com um sorriso afável e era colaborante quando solicitado. Aparentava ser mais extrovertido quando a mãe se ausentava do quarto e ele ficava sozinho com o pessoal da UTM. A mãe respondia por ele com frequência, e auxiliava-o em tudo o que podia, chegando mesmo a tentar substituí-lo, dificultando a promoção do seu autocuidado.

Aquando da sua admissão estava asteniado, com cansaço fácil a médios esforços, devido á aplasia em que se encontrava e tinha uma infeção no local do CVC, o que segundo ele lhe dificultava a mobilização, e implicava que a mãe o substituísse nos cuidados de higiene e na própria alimentação. Conversei

longamente com ele e com a mãe e estimei-os a permitirem que RR fosse mais independente no seu autocuidado, á medida que a astenia inicial ia diminuindo. Ao fim de dois dias observei com agrado, que RR cuidava da sua higiene e alimentação de uma forma mais independente.

Este CVC é substituído a 15/11/2011, mantendo-se RR sob antibioterapia, inicia o condicionamento com quimioterapia a 12/11/2011 a 27/11/2011, tendo esta sido bem tolerada. A 28/11/2011, (D-1), iniciou quadro de retenção hídrica, aumentou 7 kg e começou perfusão de furosema e albumina, o que o deixou desanimado e com uma maior prostração. Necessitou de medicação ansiolítica, que inicialmente teve relutância em aceitar. Conversámos os dois, sem a presença da mãe, que se tinha ausentado para ir almoçar, e RR confessou ter medo de adormecer e não voltar a acordar. Tranquilei-o explicando-lhe que a medicação que estava a fazer apenas o deixaria mais calmo, permitindo-lhe apenas adormecer com mais facilidade quando acordava de noite para urinar, o que acontecia de 2 em 2 horas, deixando-o muito asteniado e sempre sonolento. Ficou mais calmo e aceitou a medicação, sendo ele a explicar á mãe, na minha presença, o motivo de ter iniciado esta terapêutica.

Realizou a infusão do TMO, a 29/11/2011 (D – 0) sem intercorrências.

As complicações surgiram a 7/12/2011, (D+8), com náuseas, embora sem vômitos e com anorexia acentuada. Tanto ele como a mãe estavam preocupados, pois esta insistia que ele se alimentasse como anteriormente, pelo que a minha intervenção foi dirigida aos dois. Expliquei-lhes que era habitual que houvesse uma fase em que RR sentisse menos apetite, e que poderia sem problemas substituir a refeição por sopas enriquecidas e suplementos proteicos líquidos, ou sólidos semelhantes a iogurtes. Aceitaram a sugestão e para contentamento da mãe ele conseguiu alimentar-se sempre por via oral. Concomitantemente pedi apoio da dietista, que veio conversar com RR, e lhe propôs uma dieta personalizada, com o que mais lhe agradava.

Por dores ósseas intensas associadas ao G-CSF (fator de crescimento dos leucócitos e neutrófilos), houve necessidade de iniciar perfusão de morfina a 11/12/2011 (D+12) que se manteve por 96 horas. A ideia de iniciar morfina deixou-o assustado, voltámos a conversar desta vez incluindo a mãe na

conversa e expliquei-lhes que a dose seria mínima e apenas para que RR ficasse sem dores, e seria reduzida e suspensa assim que não necessitasse dela.

Com a subida dos valores hematológicos, a 13/12/2011, (D+14), RR, começou a sentir-se menos asteniado, mais comunicativo, e eu sugeri-lhe que começássemos a caminhar em volta do quarto, para ele contar as voltas que conseguia dar. No primeiro dia acompanhei-o, tendo conseguido realizar quatro voltas, e combinei com ele continuar a fazer um esforço diário na minha ausência, pois eu ia ter três dias de folga. Ele comprometeu-se a cumprir o nosso acordo. Quando regressei, ele estava muito satisfeito, pois passara de quatro para dez voltas seguidas em volta do quarto, nesses três dias. Pude dar-lhe a boa notícia de ter passado a regime de porta aberta (com a subida dos valores hematológicos, podia sair do quarto de isolamento para o hall dos quartos e caminhar num corredor), e propus-lhe umas caminhadas no hall dos quartos, o que muito lhe agradou.

Teve alta para o hospital de dia em dia 20/12/2011, (D+21), e nas recomendações que lhe demos estava incluído o compromisso de andar a pé todos os dias, realizando pequenos passeios na companhia dos irmãos e até de bicicleta, sem realizar grandes esforços, pois era uma atividade de que todos gostavam.

## **SENTIMENTOS E PENSAMENTOS**

Foi sempre fácil conversar com o RR, era um jovem educado, simpático, afável, com um bonito sorriso. No entanto era difícil estabelecer uma relação sem que a mãe interferisse, ou tentasse intervir, quando nos dirigíamos a ele. Embora me sentisse incomodada com a sua “intromissão”, consegui ter calma e contornar a situação, brincando com ele e com a mãe acerca das mães “galinhas”, que superprotegiam os filhos, nas quais eu me incluía. Consegui estabelecer uma relação de empatia com os dois, o que me permitiu aproximar mais facilmente de

RR, e poder estimulá-lo, tentando que a mãe não o substituísse e apenas colaborasse com ele, permitindo o seu autocuidado.

Fiquei particularmente satisfeita quando percebi, que nos turnos em que eu estava a mãe se permitia ausentar por mais tempo, quando ia almoçar, ou mesmo quando começou a ir a casa ao fim de semana. Nessas ocasiões aproveitei sempre para realizar ensinamentos e estimular o RR, no seu autocuidado.

## **AValiação**

Nesta situação surgiram fatores facilitadores e inibidores da experiência.

### **Facilitadores**

- Senti-me mais preparada para lidar com este jovem, e com a sintomatologia que ele apresentou, depois de ter realizado duas reflexões e ter realizado pesquisa bibliográfica baseada na evidência científica, acerca do tema fadiga relacionada com o cancro.
- Mais uma vez o treino adquirido pela observação e prática, dos 18 anos em que exerço esta profissão foi facilitador na relação de proximidade que consegui estabelecer com RR e a sua mãe.
- Agradou-me a relação de cumplicidade e brincadeira que consegui estabelecer com um jovem adolescente, conseguindo estimular o seu autocuidado.

### **Inibidores**

- A constante presença da mãe, no início do internamento, e a superproteção que ela tinha em relação a RR.
- O ter que estabelecer uma relação empática com a mãe e ao mesmo tempo com RR.

- A necessidade de envolver esta mãe nos ensinamentos e cuidados prestados a este filho, sem ao mesmo tempo lhe permitir que o substituísse nos seus requisitos universais de autocuidado.

Apesar de inicialmente ter tido alguma dificuldade na minha atuação, penso que consegui ultrapassá-la com facilidade e ter uma ação que considero positiva, auxiliando RR a cumprir os requisitos universais de autocuidado.

## **ANÁLISE**

Ao realizar a análise desta reflexão, não posso alhear-me do facto de também eu ser mãe, e apesar da superproteção da mãe de RR, não posso deixar de me interrogar como agiria eu, se um dos meus filhos estivesse doente desde os 2 meses de idade, talvez também o superprotegesse. Confesso que ao escrever estas linhas fiquei contente por ter conseguido estabelecer uma relação de confiança com esta mãe de modo a que ela se sentisse segura ao ponto de deixar o filho à minha guarda quando se ausentou para ir a casa.

Como nas anteriores reflexões a minha linha orientadora foi a da teórica Dorothea Orem a sua teoria do défice de autocuidado.

Segundo Orem (1995), no caso das crianças são os pais que devem manter a continuidade, a qualidade e a quantidade do cuidado terapêutico, no entanto esta condição não se aplica a RR, pois este já não pode ser considerado uma criança e sim um jovem adolescente de 16 anos.

De acordo com Orem (1995), o autocuidado não é inato, é apreendido por nós ao longo do nosso crescimento e maturação através das relações interpessoais e da comunicação. A teórica define dois conceitos acerca daquele que leva a cabo ações de autocuidado. O agente de autocuidado é aquele que realiza ações de autocuidado a si próprio e o agente de cuidados dependentes, é aquele que presta cuidados a pessoas sem capacidade de autocuidado ou que necessitam de auxílio para os realizar.

Ao constatar que este jovem não realizava as ações de autocuidado ou era substituído pela mãe, o seu autocuidado estava comprometido, existindo um défice de autocuidado.

Na altura da sua admissão, RR tinha sido transferido de outro hospital e vinha asteniado, com evidentes sinais de fadiga relacionada com o cancro.

Segundo, Winningham et al (1994), as intervenções de enfermagem, podem aliviar a fadiga relacionada com o cancro nos doentes. Salientam também que a educação é uma intervenção com grande impacto, pois a perceção da fadiga relacionada com o cancro, pode ser encarada como um fator que pode ser alvo de estratégias de controlo, como os outros fatores que estão relacionados com os tratamentos a que são submetidos e não com a progressão da doença.

Considero muito importante o trabalho de persuasão e ensino que realizei em relação á mãe de RR, no sentido de ela permitir uma maior autonomia ao filho, em relação aos cuidados de higiene, propus-lhe que o ajudasse na lavagem das costas e membros inferiores em vez de lhe dar um banho total, enquanto ele permanecia quieto, sem se movimentar. Expliquei-lhe que era importante para ele movimentar-se e efetuar alguns cuidados, no sentido de diminuir a fadiga relacionada com o cancro.

Segundo Bonassa (2005), existem vários estudos que indicam a eficácia de exercício físico moderado no controlo da fadiga relacionada com o cancro.

Outra observação que me incomodou foi o facto de esta mãe dar comida ao filho como se ele fosse um bebé, dando-lhe a comida na boca, sem o deixar alimentar sozinho, quando o seu grau de astenia não lhe dificultava o autocuidado nesse aspeto. Este não foi por mim abordado da mesma maneira que os cuidados de higiene. Conversei com a mãe quando ela saiu do quarto para almoçar e de uma forma compreensiva e calma e com um tom afável, expliquei-lhe que ela só deveria dar-lhe a comida na boca se ele o solicitasse por não o conseguir fazer, como não era esse o caso era importante que ela o estimulasse a realizar as ações de autocuidado de uma forma independente. Para minha satisfação ela aceitou bem a explicação que lhe dei e comprometeu-se a tentar permitir-lhe ser mais independente na realização do seu autocuidado.

Segundo Barnett (2000), os doentes oncológicos são aconselhados a diminuir o seu ritmo e a descansarem mais, no entanto a diminuição da sua atividade pode contribuir para a sua fadiga relacionada com o cancro, em vez de ser benéfica. Segundo este autor pode provocar um aumento da perda de energia.

De acordo com Ahlberg et al (2003), quando os doentes e os seus familiares recebem informações pertinentes acerca do que devem esperar que aconteça, após determinados tratamentos, ficam mais propensos a desenvolver expectativas positivas e experienciam menos situações de stress, quando deparam com imprevistos. Segundo estes autores quando os doentes não se encontram bem informados podem encarar a fadiga relacionada com o cancro como um sinal de que a sua doença está em progressão, e que os tratamentos que estão a efetuar não são eficazes.

Fiquei angustiada quando me apercebi que RR, estava a associar os ansiolíticos, com o seu medo de morrer. No entanto consegui explicar-lhe que ele naquela altura necessitava daquela determinada medicação para ficar mais calmo e ao acordar para urinar durante a noite, o seu efeito seria não o colocar a dormir profundamente, mas adormecer rapidamente, para não perder metade da noite acordado.

No que respeita á intervenção farmacológica, Escalante e Manzullo (2009), sugerem que a utilização de fármacos (antidepressivos, corticosteróides, etc.), podem auxiliar os doentes. Nestes casos, o enfermeiro deve explicar ao doente o que lhe está a administrar, informando-o acerca dos efeitos da medicação mas também do seu papel na redução da fadiga relacionada com o cancro.

Quando surgem distúrbios nutricionais, no caso do RR, foram as náuseas e a anorexia, os enfermeiros devem proporcionar aos doentes uma dieta personalizada, e introduzir caso seja do agrado destes suplementos dietéticos e promover uma hidratação adequada.

Reportando-me a Kirshbaum (2010), devemos promover aos doentes uma dieta equilibrada.

Portenoy e Itri (1999), sugerem que será útil encaminhar o doente para uma consulta de nutrição. Como o doente não podia ser encaminhado para uma

consulta, devido ao isolamento protetor, foi contactada a dietista que conversou com ele no quarto e lhe proporcionou dentro do que ele podia comer e das possibilidades do IPOFGL, uma dieta que incluía os alimentos favoritos de RR.

Novamente me encontrei perante um doente que ficou assustado só de ouvir a palavra morfina. Como no caso que relatei na segunda reflexão, fundamentei-me novamente na teórica Orem e apliquei o seu Sistema de Apoio e Educação, explicando a RR e á mãe que este era o nosso analgésico de eleição, pois era muito eficaz no tipo de dores que RR sentia e apenas lhe seria administrada uma dose pequena e constante, para lhe reduzir as dores e ele seria monitorizado em relação a possíveis efeitos secundários, expliquei-lhes igualmente quais poderiam ser. E para seu contentamento ao fim de 72 horas, ficou sem dores, e pudemos iniciar o desmame da morfina que foi suspensa ao fim de 96 horas.

Como RR era um jovem que passava muitas horas ou sentado no cadeirão ou deitado, assim que ficou menos asteniado comecei a estimulá-lo para realizar algum exercício físico. Como o espaço do quarto, não era muito, a sua resposta inicial foi, “andar como? Para onde?”. Sugeri-lhe que passeássemos em volta do quarto, e que todos os dias aumentasse o número de voltas, chegando a brincar com ele, pedindo-lhe que me surpreendesse quando eu voltasse das minhas folgas. Posso confessar que fiquei agradavelmente surpreendida quando ele me contou que tinha cumprido o combinado, e tinha conseguido realizar dez voltas em torno do quarto, ao fim de três dias.

Acerca do exercício, Portenoy e Itri, referem que este deve ser individualizado, de acordo com o estado geral do doente e a sua idade. Aparentemente, o tipo de exercício que parece ser mais eficaz, envolve ritmo e movimentos repetidos de grandes grupos de músculos, como por exemplo caminhar, andar de bicicleta ou nadar.

Como estava ainda limitado em relação ao espaço, no internamento RR apenas podia caminhar, no entanto após a alta passou a realizar percursos a pé e de bicicleta com os irmãos.

## CONCLUSÃO

Na realização desta conclusão, irei refletir acerca do que fiz, das questões que surgiram, e do que eu deveria ter feito. Seguramente enriqueci com esta experiência tanto pessoal como profissionalmente.

Refletindo na minha conduta inicial, sinto-me incomodada por não ter entendido logo que a superproteção desta mãe, embora não esteja de acordo com as minhas ideias do que será melhor para um jovem de 16 anos, é uma atitude compreensível para alguém que lida há tanto tempo com a situação de ter um filho doente, e internado por vários e longos períodos num hospital. Eu como mãe que também sou, deveria ter tido logo uma reação de maior compreensão, sem ter tido necessidade de refletir tanto acerca do assunto, para poder criar uma relação empática com esta mãe. E a partir do momento em que me predispus a fazê-lo, foi muito mais fácil interagir tanto com RR como com a sua mãe. Como profissional que me orgulho de ser, não devo nunca fazer juízos de valor em relação aos doentes e aos seus familiares, mas como ser humano que sou, tenho que me esforçar diariamente para que essas situações não ocorram.

Guiando-nos por Bonassa (2005), as intervenções para a fadiga relacionada com o cancro, incluem duas abordagens. Uma delas é específica quando conhecemos o fator que a provoca, atuando diretamente sobre ele e corrigindo-o, a outra é mais geral, pois na maioria das pessoas com fadiga relacionada com o cancro, não se consegue identificar o fator ou fatores que a provocam, para além da própria patologia de base e o seu tratamento.

Como nos é referido por Góis (2004), *“Na área dos serviços de enfermagem, a atuação prioritária dirige-se como vimos, para as pessoas com fadiga cuja etiologia não se consegue eliminar.”* (p.126)

Segundo Mota e Pimenta (2002), a intervenção ao nível da fadiga relacionada com o cancro revela-se um colossal desafio, não apenas pela implementação e gestão das diferentes abordagens e intervenções, mas também pela necessidade de educar tanto os doentes e familiares como os profissionais de saúde que deles cuidam.

Citando novamente Góis (2004), *“Importa assim, conhecer a influência adversa que a fadiga causa ao doente, de modo a introduzir novas dinâmicas e atitudes no cuidar, e estabelecer as estratégias e técnicas para ajudar o doente e sua família a adaptar-se ao estado de fadiga.”* (p.126)

Segundo Ahleberg et al (2003), com a base educacional adequada os doentes encontram-se com uma melhor preparação em relação aos efeitos colaterais como a fadiga relacionada com o cancro, para adotar estratégias de gestão.

Como nos informa Bonassa (2005), existe habitualmente a necessidade de conjugar a intervenção farmacológica com a intervenção não farmacológica, para podermos promover uma atuação satisfatória na fadiga relacionada com o cancro. O enfermeiro deve sempre ao administrar medicação, monitorizar a resposta do doente á mesma e informá-lo dos possíveis efeitos secundários e do seu impacto na redução da fadiga. (Portenoy e Itri, 1999)

Existem vários estudos, segundo Ahlberg et al (2003), que nos demonstram que os doentes oncológicos passam um período de tempo maior que os indivíduos saudáveis, a repousar ou a dormir, no entanto o seu padrão de sono é interrompido com o despertar de hora a hora. Ora esta situação ocorria com RR, dai ser importante a explicação que lhe foi dada, tanto a ele como á mãe acerca da importância de tomar a medicação para não existirem períodos de tempo muito elevados nos intervalos em que acordam para urinar durante a noite.

Kirshbaum (2010), refere-nos que a energia pode ser conservada quando estabelecemos metas a curto prazo, sendo estas exequíveis, permitindo que o doente sinta uma sensação de controlo, contrastando com a sensação de impotência e cansaço que pode ser muito frustrante para ele e para os próprios familiares. Foi com esta ideia em mente que sugeri a RR que desse umas voltas no quarto e fosse aumentando o número de voltas diariamente, sem lhe impor eu uma determinada distância.

## PLANEAR A ACÇÃO

Mais uma vez, esta reflexão foi uma excelente oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Permito-me salientar como aprendizagens:

- ✚ Ter sempre como referência dos cuidados o doente e família, prestando-lhes cuidados no âmbito da fadiga relacionada como cancro.
- ✚ Ter conseguido estabelecer uma relação de confiança e empatia com RR e a mãe.
- ✚ Promover com RR e a mãe uma boa comunicação que permitiu a implementação de cuidados de uma forma refletida e constante.
- ✚ Realizar um ensino eficaz acerca da alimentação tendo em conta os gostos de RR, e promovendo uma alimentação equilibrada.
- ✚ A interação com outros elementos da equipa multidisciplinar, neste caso específico a dietista.
- ✚ Promover o exercício físico, com um aumento de intensidade gradual, iniciado no internamento e continuado em casa com os familiares após a alta.

Segundo Mota e Pimenta, (2002) a intervenção ao nível da fadiga relacionada com o cancro, é um desafio de grandes proporções, porque implica a educação dos doentes e seus familiares mas também a dos profissionais de saúde que deles cuidam, para estes poderem identificá-la e tratá-la.

De acordo com Ahlberg et al (2003), existem investigações neste âmbito que demonstram a importância de fornecer aos doentes e seus familiares

informações esclarecedoras acerca da sua doença e dos respectivos tratamentos, para se obter efeitos benéficos, durante os mesmos.

È na avaliação e no tratamento não farmacológico da fadiga relacionada com o cancro que a enfermagem pode atuar de uma forma independente e com excelência. O enfermeiro pode atuar independentemente na promoção do exercício, na alteração dos padrões de sono e repouso, na implementação de uma dieta adequada e na redução do stress.

## BIBLIOGRAFIA

- ✚ Ahlberg, K., Ekman ,T., Gaston-Johansson,F., Mock, V.(2003, August, 23) Assessment and management of cancer related fatigue in adults. *the Lancet* ,362, pp. 640-650.
- ✚ Barnett, M. (2000). Fadiga. In S. Otto, *Enfermagem em oncologia* (Cap.26, pp. 734-745). Loures: Lusociência.
- ✚ Bonassa, E., Santana, T. ( 2005 ). *Enfermagem em terapêutica oncológica*. São Paulo: Atheneu.
- ✚ Escalante, C.(2009, November). Cancer-Related Fatigue: The apouch and treatment. *Journal of General Internal Medicine, Supplement 2*, pp.412-416.
- ✚ Menezes, M. F., & Camargo, T. (2006, Maio- Junho). A fadiga relacionada ao cancêr como temática na enfermagem oncológica. *Revista Latino- Americana de Enfermagem* , 14(3), pp. 442-447.
- ✚ Mitchell, S. Beck, S., Hood, L., Moore, K., Tanner, E. (2007, February). Putting evidence into practice: evidence – based interventions for fatigue during and following cancer and its treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), pp. 99-113.
- ✚ Mota, D., & e Pimenta, C. (2002). Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia* , 48(4), pp. 577-583.
- ✚ Kirshbaum, M. (2010, May, 1). Cancer- related fatigue: a review of nursing interventions. *British Journal of Community Nursing* ,15(5) pp. 214-219.
- ✚ Portenoy, R., & Itri, L. (1994). Cancer -related fatigue: guidelines for evaluation and management. *The Oncologist* ,4, pp. 1-10.

- ✚ Winningham, M. (1994, January\ February). Fatigue and cancer-experience: the state of knowledge. *Oncology Nursing Forum*, pp.23-26.

## APENDICE XI

## REFLEXÃO Nº 4

### INTRODUÇÃO

Quanto mais reflito sobre a fadiga relacionada com o cancro, mais concordo com os autores Mota e Pimenta (2002), que nos afirmam que intervir ao nível da fadiga relacionada com o cancro, é um enorme desafio, pois temos que educar tanto os profissionais de saúde como os doentes e familiares, para que todos em conjunto consigamos identifica-la e tratá-la ou pelo menos minimizar o seu impacto na vida dos doentes oncológicos.

Não podemos esquecer que o conhecimento e a informação são vitais, pois os doentes com pouca informação, como nos refere Ahlberg et al (2003), interpretam a fadiga relacionada com o cancro como um sinal de que o seu tratamento não está a ter o resultado esperado.” *Com a devida base educacional os doentes encontram-se melhor preparados para os efeitos secundários e para adotarem estratégias de gestão.*” (Ahlberg et al, 2003, p.645).

Esta é a quarta reflexão que incluo neste relatório e como nas anteriores vou descrever uma experiência, utilizando o Ciclo de Gibbs: descreverei a situação, explicitando o que aconteceu, os pensamentos e sentimentos consequentes, a sua avaliação, nos pontos fracos e fortes, realizarei a sua análise crítica, e terminarei com a conclusão do que fiz e do que tentarei fazer melhor em outra situação próxima.

### DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Reportando-me a Bonassa (2005), existem dois tipos de abordagens em relação á fadiga relacionada com o cancro. Uma é específica quando conhecemos o ou os fatores associados, podemos atuar sobre eles corrigindo-os e outra que é mais geral pois na maioria dos doentes com fadiga relacionada com o cancro, não é possível identificar o ou os fatores associados para além da própria patologia de base e do seu tratamento.

Apresentarei um caso de um jovem de 25 anos que esteve internado no serviço onde exerço funções, no período do meu estágio.

CD, foi diagnosticado a 8 de Abril de 2011, com um Sarcoma Mielóide, no decurso da investigação de um quadro com um mês de evolução de odinofagia e adenopatias cervicais. Não existindo outros sintomas acompanhantes. Após vários ciclos de quimioterapia, e entrando em remissão foi proposto para Alo - Transplante de Medula Óssea, com dador familiar (a irmã de 8 anos de idade).

Casado, com uma filha com 1 ano de idade, no entanto morava com a mãe, constituindo o agregado familiar a mãe, a irmã, e esposa de 24 anos e a filha de 1ano. Ele estava desempregado, a esposa estava a trabalhar, só o podia visitar ao fim de semana e a mãe estava reformada, visitando-o todos os dias.

Tanto os pais como a irmã eram aparentemente saudáveis e não havia conhecimento de casos oncológicos na família.

Admitido no serviço a 28 de Outubro de 2011, iniciou condicionamento com quimioterapia de alta dose e foi submetido a 11 sessões de TBI (radiação total do corpo) de 7 a 10 de 2011.

Situação que o deixou nauseado, com vômitos e com uma anorexia intensa, o que o levou a atitudes menos corretas, chegando a ser agressivo com alguns elementos da equipa. Conversámos, e ele admitiu não saber lidar muito bem com o mal-estar que sentia, descarregando as suas frustrações nos que o rodeavam, chegando a admitir que tinha sido mal-educado e pedindo desculpa pelas suas atitudes.

Foi instituída medicação anti - emética e fiz-lhe ensino acerca dos suplementos e outras alternativas disponíveis. Contactei igualmente com a dietista do serviço que veio conversar com CD, e lhe fez uma dieta personalizada. No entanto ele continuou com queixas de anorexia, embora as náuseas tenham aliviado, não se repetiram situações em que CD tivesse sido menos correto.

Realizou o ALO-TMO, a 11/11/2011, familiar e sem intercorrências.

A D+3, (14/11/2011), estava apático, febril e queixoso com uma odinofagia intensa, muito asteniado e fisicamente sentia-se debilitado. Confidencia-me que *“nunca na vida esperei sentir-me tão mal, ao ponto de precisar de ajuda para a higiene.”* E fez este comentário com um ar sofrido, de abandono como quem

pede apoio mas com receio de o exprimir. Com calma, expliquei-lhe que a situação por que ele estava a passar era habitual na maioria dos doentes que são submetidos a alo-tmo, pois ficam asteniados e debilitados necessitando de ajuda, e provavelmente o facto de ele ser jovem, iria facilitar a sua recuperação e a ajuda seria necessária durante pouco tempo. Orientei - o e ajudei-o na preparação do material necessário para a sua higiene, lavando-lhe o tronco e os membros inferiores, ofereci-me para sair do quarto na altura em que fosse lavar os órgão genitais, mas ele referiu que tal não era necessário, pelo que permaneci no quarto, e após a higiene lhe apliquei creme no corpo efetuando uma massagem de conforto e relaxamento que muito lhe agradou. Contou-me nessa altura que tinha dormido mal devido á\_odinofagia, e que iria aproveitar para descansar um pouco. Deixei-o e combinámos conversar sobre a odinofagia que ele tinha, quando acordasse.

Não tivemos a adiada conversa naquele dia, porque ao acordar, CD, estava melhorado da odinofagia, pois tinha feito medicação em SOS, para a febre que lhe tinha aliviado as dores na mucosa oral.

No entanto em D+5, (16/11/2011), estava com odinofagia intensa com uma mucosite que tinha agravado, e que o impossibilitava de se alimentar oralmente, o que estava a deixá-lo muito preocupado e mesmo com um fácies deprimido e assustado, com dificuldade em falar devido á intensidade da dor na mucosa oral, associando estes sintomas com uma possível progressão da doença. Voltei a conversar com ele e calmamente expliquei-lhe que aquele tipo de dor era habitual e uma situação esperada nos doentes que como ele tinham sido submetidos a TBI. Ficou mais calmo, aceitando bem as explicações que lhe dei acerca da necessidade de iniciar alimentação parentérica e morfina em perfusão para alívio das dores. Apesar disso, colocou questões acerca da morfina e da sua perfusão, que depois de esclarecidas o acalmaram ainda mais.

Esta situação manteve-se até D+12, (23/11/2011), altura em que ocorreu a saída da aplasia com a subida dos valores hematológicos. No entanto foi necessário efetuar um desmame gradual da alimentação parentérica e da perfusão de morfina que no anterior intervalo de tempo, tinha sido escalada num aumento progressivo até CD, ficar sem dores numa situação de repouso.

Após este período de tempo, e depois de ter recuperado os valores hematológicos, as preocupações de CD, eram a anorexia, referindo encontra-se farto da alimentação do hospital. Com a concordância da sua médica, conversei com a mãe dele e combinei com a senhora que passava a trazer-lhe de casa algumas coisas cozinhadas por ela, para tentarmos que ele se alimentasse melhor. A mãe preparou-lhe um prato, convencionando-o com os cuidados que eu lhe tinha explicado, no entanto CD, embora tivesse ficado muito contente quando soube que ia comer comida feita pela mãe, quando a experimentou ficou decepcionado, pois não tinha o gosto que ele se lembrava. Tentei confortá-lo, lembrando-o que ainda tinha o paladar todo alterado devido á quimioterapia e radioterapia a que tinha sido submetido no inicio do tratamento. No entanto não fui muito bem-sucedida, pois embora ele compreendesse e aceitasse estava triste com a situação.

Com a passagem a regime de porta aberta, devido, à subida dos neutrófilos acima dos 1000, e sem baixarem, o que ocorreu a D+18 (29/11/2011), CD, estava preocupado com a perda de massa muscular e com a sensação de entorpecimento dos músculos dos membros inferiores. Propus-me a ajudá-lo através de massagens nos membros inferiores e acompanhei-o nas primeiras voltas que ele deu no hall dos quartos. Aproveitei estes momentos para lhe realizar o ensino acerca da necessidade de ele realizar exercício físico de uma forma moderada mas gradual após a alta. Teve alta da unidade, para o nosso hospital de dia no D+25, (5/12/2012).

## **SENTIMENTOS E PENSAMENTOS**

Foi fácil criar uma relação empática com o jovem CD, pois embora ele fosse pai, era um jovem ainda um pouco imaturo, que necessitava de apoio. Embora os meus filhos sejam muito mais novos, havia algumas expressões faciais que CD tinha quando estava reocupado ou assustado, que me faziam lembrar as do meu filho, o que me instava a protegê-lo, embora fisicamente ele fosse muito maior que eu.

Agradou-me que ele tivesse aceitado sempre o meu apoio e auxílio, e ouvisse sempre atentamente as explicações e os ensinamentos que lhe dava.

Fiquei contente com a aceitação por parte da equipa médica e da dietista da minha proposta de autorização de comida caseira, numa fase mais precoce. Embora esta situação não tenha sido assim tão excecional, normalmente ela ocorre numa altura mais tardia.

## **AVALIAÇÃO**

Como nas experiências anteriores, esta também teve fatores facilitadores e inibidores.

### **Facilitadores**

- O facto de esta ser uma quarta reflexão deixa-me melhor preparada para refletir acerca do tema fadiga relacionada com o cancro, e mais apta a lidar com estas situações.
- O facto de ser mãe e trabalhar há cerca de 18 anos permitiu-me encarar a inconveniência deste jovem, que já era pai de uma forma mais tolerante, do que teria sido há alguns anos antes.

### **Inibidores**

- O facto de este jovem ter tido atitudes e respostas menos corretas para elementos da equipa, que ficaram constrangidos, perante o seu comportamento.

Apesar deste incidente inicial, penso que a minha relação com CD foi sempre de empatia, e rapidamente estabelecemos uma relação de cumplicidade, que me permitia brincar com ele como brinco habitualmente com os jovens que tenho ao meu cuidado.

## **ANÁLISE**

Todas as definições de fadiga relacionada com o cancro que encontrei incluem uma perspetiva multidimensional, descrevendo-a com raízes em experiências subjetivas. Segundo Ahlberg (2006), a fadiga relacionada com o cancro constitui

uma experiência multidimensional, que envolve a pessoa no seu corpo e mente, provocando sensações físicas, emocionais e mentais.

De acordo com o este autor, em pessoas com doença crónica, constitui um fator major de stress, traduzindo-se em efeitos negativos na qualidade de vida destes doentes. Características demográficas, como a idade, o género, o estado civil e o tipo de actividade laboral, são apontadas como factores que interferem na fadiga relacionada com o cancro. (Ahlberg, 2006)

Assim, e à semelhança do que acontece com a dor, a avaliação da fadiga implica uma abordagem global, quantitativa e qualitativa, que permita uma caracterização fiel “daquilo que representa a fadiga para aquela pessoa” e de que modo esta interfere com o seu bem-estar e qualidade de vida.

Como nas anteriores reflexões, esta foi orientada segundo a teoria do deficit de autocuidado da teórica Dorothea Orem.

“Autocuidado”, de acordo com Dorothea Orem (1995) define-se como um conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, o bem-estar e a saúde; este vê-se alterado em situação de doença ou dano à saúde.

Segundo Orem (1995), a enfermagem estará presente sempre que o doente não consiga sozinho manter e implementar o seu autocuidado, necessitando de ajuda para recuperar de uma doença ou para enfrentar os seus efeitos.

Este jovem ao sentir-se nauseado e com vômitos, com anorexia, teve dificuldade em lidar com a situação e tornou-se agressivo, chegando a ser mal educado. No entanto quando conversei com ele aceitou o que lhe disse e desculpou-se, pedindo claramente ajuda. Quando verificou que tentávamos ajudá-lo a sua atitude melhorou e nunca mais foi incorrecto.

De acordo com Kirshbaum (2010), devemos sempre intervir junto do doente, com fadiga relacionada com o cancro de uma forma que o auxilie a tolerar as consequências dos tratamentos e implementar as acções terapêuticas necessárias para diminuir o impacto das seus efeitos, também nos refere a importância de promovermos junto do doente uma dieta equilibrada, que inclua o

aporte suficiente de calorias, proteínas, hidratos de carbono, gorduras, vitaminas e líquidos.

Reportando-me a Ahleberg (2006), identificam-se: factores fisiológicos, directamente relacionados com o processo de doença com o tratamento usado (radioterapia, quimioterapia), ou com ambos, (ex. anemia), existindo ainda outros sintomas, tais como caquexia, anorexia, dor e insónia, que podem contribuir para o aumento do nível de fadiga. De entre os factores psicológicos, salienta-se a presença de ansiedade, depressão distúrbios do sono, tempo diário de actividade laboral e níveis reduzidos de actividade física.

CD, sentiu igualmente estes factores, ao necessitar de auxílio nos cuidados de higiene e na aplicação de creme ao longo do corpo, através de uma massagem de relaxamento, que lhe induziu o sono, depois de ter passado uma noite com odinofagia que lhe provocou insónia.

Góis (2004), citando Winningham et al (1994), refere-no que a educação é elegida como a intervenção com maior impacto no controlo da fadiga relacionada com o cancro, referindo que a percepção deste sintoma pode ser reduzida ao fornecermos ao doente a informação necessária que o prepare para entender a fadiga relacionada com o cancro como parte do seu tratamento e não como uma recaída, com progressão da doença. Por isso considero tão significativa a intervenção que tive junto de CD, ao explicar-lhe a necessidade de ele iniciar alimentação parentérica e morfina em perfusão, e ele ter percebido, sem dúvidas que era parte do seu tratamento e não um retrocesso que implicasse o aparecimento da doença. E como aliás todos os doentes que tenho conhecido, ficou um pouco angustiado ao ouvir as palavras perfusão de morfina. O ensino e esclarecimento de dúvidas foi essencial para mitigar os seus receios.

Embora fosse uma reacção esperada, não posso deixar de confessar, que me deixou um pouco gorada em relação às expectativas que eu tinha de que CD, começasse a alimentar-se melhor depois de alimentação ser providenciada pela mãe, pois ele falava tanto da comida dela, e do desejo que sentia do que ela costumava cozinhar. No entanto a alteração do paladar permanece como

consequência da quimioterapia e radioterapia de alta dose a que ele tinha sido submetido, pelo que mesmo a comida da mãe com o seu tempero, não tinha o gosto a que ele estava habituado.

A promoção do exercício tem sido considerada como a principal intervenção no controlo da fadiga relacionada com o cancro, como nos referem Ahlberg (2006) e Mitchell (2007).

Esta intervenção tem demonstrado resultados muito positivos na redução da fadiga relacionada com o cancro, no aumento da capacidade muscular, cardiovascular e respiratória, como nos refere Ahleberg (2006).

Depois de um diagnóstico de uma doença oncológica, os doentes sofrem várias alterações no seu estilo de vida, impondo uma diminuição da sua actividade física, que se prolonga no tempo, e se exacerba quando o doente sente fadiga relacionada com o cancro, como nos exemplifica Blaney et al (2010), os próprios doentes não reconhecem as recomendações acerca da importancia do exercício físico para o controle da fadiga relacionada com o cancro. Segundo estes mesmos autores, a promoção do exercício físico deve fazer parte dos cuidados de enfermagem prestados a todos os doentes com fadiga relacionada com o cancro.

Também segundo Blaney et al (2010), devemos educar os doentes e famílias acerca dos benefícios do exercício na redução da fadiga relacionada com o cancro, na promoção do seu bem estar físico e emocional e mental, com o intuito de aumentar a sua qualidade de vida.

Como nos refere Barnett (2000), a prática de exercício proporciona estímulos que previnem a apatia que está tão arrolada com a fadiga relacionada com o cancro.

## CONCLUSÃO

Ao longo das últimas décadas deparamo-nos com protocolos de quimioterapia e radioterapia cada vez mais agressivos. Com estes tratamentos, os efeitos tóxicos também acabam por ser potenciados. (Bonassa, 2005)

Segundo Portenoy e Itri (1999), a fadiga relacionada com o cancro vai limitar a atividade dos doentes, sendo consecutivamente apontada como a barreira mais significativa á recuperação funcional dos doentes oncológicos. Como é um sintoma crónico a fadiga relacionada com o cancro pode persistir durante vários anos após o final do tratamento, refletindo-se inevitavelmente nas diferentes áreas da vida dos doentes. (Ahleberg et al, 2003)

Sendo segundo Kirshbaum (2010), a fadiga relacionada com o cancro uma das principais preocupações para os doentes e seus familiares, torna-se fundamental encetar estratégias que minimizem o seu impacto na qualidade de vida destes doentes e suas famílias, sendo o papel do enfermeiro fundamental.

Como enfermeira, considero que apliquei bem os conhecimentos que adquiri com o aprofundar do tema a fadiga relacionada com o cancro, pois numa fase de intervenção os enfermeiros, colocam em prática as estratégias de controlo e tratamento. Dessas as não farmacológicas, dependem apenas de nós. Incluem a educação, exercício, o descanso e o sono, redução do stress e ansiedade e correção dos distúrbios emocionais.

## PLANEAR A ACÇÃO

Mais uma vez, esta reflexão sobre uma experiência me veio fortalecer tanto profissional como pessoalmente, tornando-me numa pessoa mais tolerante. Permito-me salientar como aprendizagens:

- ✚ Pensar sobre o doente e família como um todo, que necessita de cuidados de enfermagem, que respondam às suas necessidades acerca da fadiga relacionada com o cancro.

- ✚ O não me ter deixado influenciar por uma atitude mal-educada e ter conseguido ultrapassar esse momento, percebendo que era derivado da angústia e medo de CD.
- ✚ O ter estabelecido um relação de empatia e confiança com CD, que permitiu que houvesse boa comunicação entre nós, facilitando a promoção dos cuidados que lhe prestei.
- ✚ Proporcionar-lhe a hipótese de se alimentar com comida caseira, e perceber que era a alteração do paladar provocada pela quimioterapia e radioterapia que o impedia de saborear a alimentação.
- ✚ Promoção de exercício físico gradual e com aumento de intensidade.

De acordo com Kirshbaum (2010), a intervenção junto do doente com fadiga relacionada com o cancro, é essencial, pelas consequências que implica na adesão ao tratamento por parte do doente e família.

Como referem Escalante e Manzullo (2009), é fundamental que ajamos de forma a diminuir o impacto da fadiga relacionada com o cancro, no quotidiano destes doentes, implicando esta atuação especificidades para o desenvolvimento de uma estratégia correta.

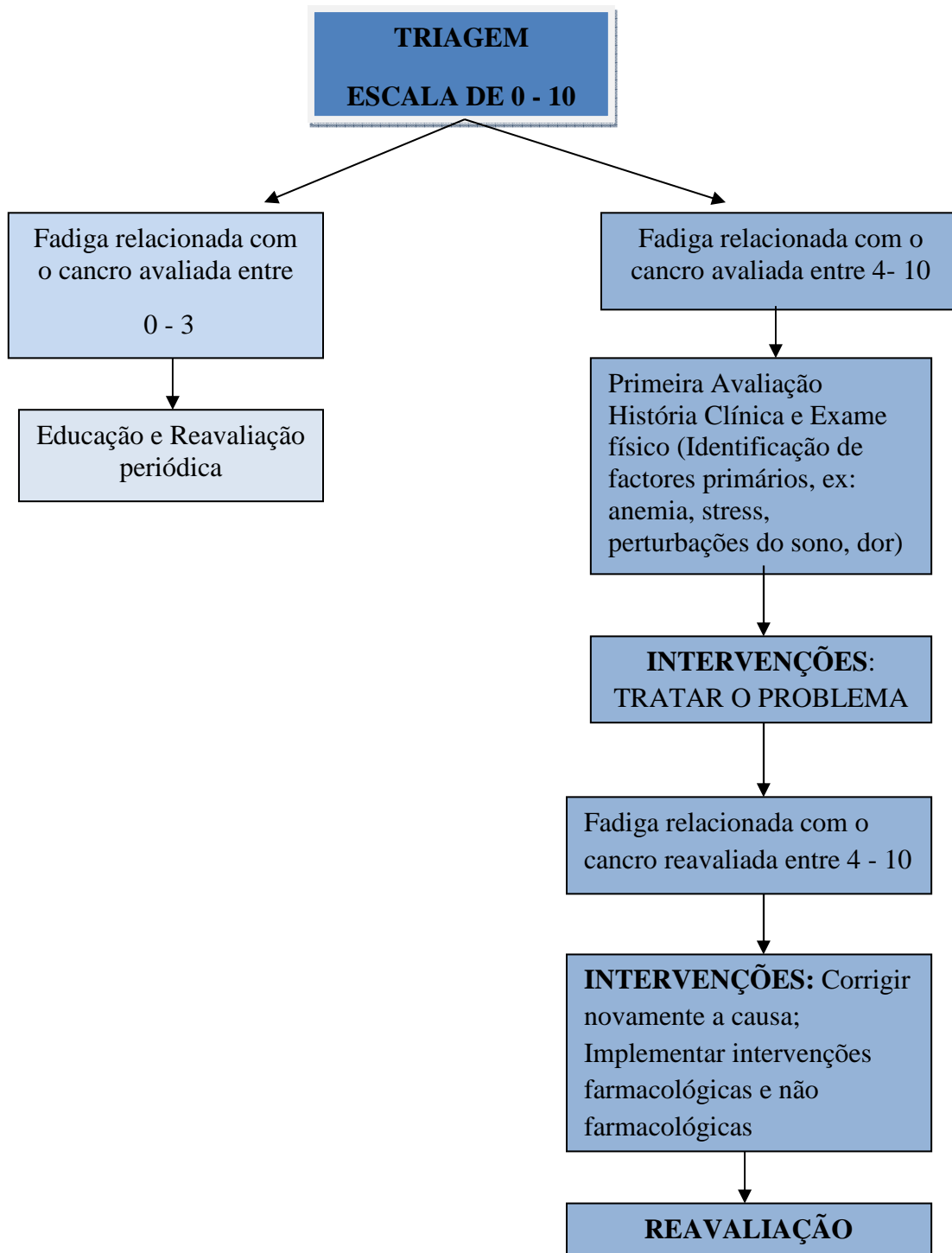
Este tipo de atuações implica que tenhamos em atenção a necessidade de adaptação do doente ao seu estado de fadiga relacionado com o cancro, aspeto preponderante na capacitação do doente para o autocuidado e gestão do seu processo de saúde - doença, como nos relata Góis (2004

## BIBLIOGRAFIA

- ✚ Ahlberg, K., Ekman ,T., Gaston-Johansson,F., Mock, V.(2003, August, 23) Assessment and management of cancer related fatigue in adults. *the Lancet* ,362, pp. 640-650.
- ✚ Ahleberg K. (2006). Fatigue.In N. Kearney, *Nursing Patients With Cancer, Principles and Praticce* (pp. 657-674). London: Elsevier.
- ✚ Blaney, J., Strong, A., Rankin, J., Campbell, A. Allen, J., Gracey, J. (2010, August). The cancer rehabilitation journey: Barriers and facilitators of exercise among patients with cancer- related fatigue. *Journal of the American Therapy Association*, 90 (8), pp. 1135-1147.
- ✚ Bonassa, E., Santana, T. ( 2005 ). *Enfermagem em terapêutica oncológica*. São Paulo: Atheneu.
- ✚ Escalante, C.(2009, November). Cancer-Related Fatigue: The apouch and treatment. *Journal of General Internal Medicine*, Supplement 2, pp.412-416.
- ✚ Góis, C (2004). A fadiga no doente oncológico. In *Enfermagem Oncológica*. (Cap.8, pp.125-135). Coimbra: Formasau.
- ✚ Kirshbaum, M. (2010, May, 1). Cancer- related fatigue: a review of nursing interventions. *British Journal of Community Nursing* ,15(5) pp. 214-219.
- ✚ Mitchell, S. Beck, S., Hood, L., Moore, K., Tanner, E. (2007, February). Putting evidence into practice: evidence – based interventions for fatigue during and following cancer and its treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), pp. 99-113.
- ✚ Mota, D., & e Pimenta, C. (2002). Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia* , 48(4), pp. 577-583.
- ✚ Orem, D. (1995). *Nursing concepts of practice*. Nova Iorque: Mosby.

- ✚ Portenoy, R., & Itri, L. (1994). Cancer -related fatigue: guidelines for evaluation and management. *The Oncologist* ,4, pp. 1-10.

## ANEXO I



**Figura 1 – Algoritmo para avaliação e intervenção na fadiga relacionada com o cancro**  
 (Adaptado de Ahleberg et al, 2003, p.642)

## ANEXO II

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, área de Especialização de Enfermagem Oncológica a Enfermeira Cristina Nunes realizou o seu Estágio de Especialidade na UTMO.

A Cristina é enfermeira à 18 anos e 16 deles foram passados na UTM, pelo que os seus conhecimentos sobre a área da transplantação medular eram abrangentes e adequados, mas os serviços são diferentes e integrados em dinâmicas hospitalares distintas, daí ter sido enriquecedor para a Cristina realizar o estágio nesta Unidade, no sentido de a tornar uma enfermeira mais especializada nesta área. Cedo a Cristina se integrou na Equipa de Enfermagem, é uma enfermeira experiente e como tal com capacidade de adaptação às situações novas e rapidamente a consideramos uma de nós. Teve sempre intervenções pertinentes, até no âmbito comparativo das duas realidades que serviu para um crescimento conjunto da Cristina, meu como enfermeira orientadora e para a Equipa de Enfermagem.

A troca e partilha de ideias deu origem a uma reflexão no próprio serviço sobre algumas práticas de enfermagem, pois temos sempre como objetivo primordial melhorar as nossas intervenções de enfermagem para prestar cuidados de enfermagem de qualidade, o que resultou na alteração de algumas práticas no nosso serviço que consideramos pertinentes e fundamentadas. Assim como também a Cristina, segundo o feedback que nos deu, também aprendeu bastante no nosso serviço, pelo que também transportou algumas das nossas intervenções para o âmbito dos seus doentes na UTM. Julgo que o mais pertinente nestes estágios é a partilha de experiências, a reflexão entre os profissionais baseados na prática da melhor evidência científica, tal como ocorreu com a Cristina.

Relativamente ao projeto de estágio desenvolvido pela Cristina, este aborda o tema da fadiga relacionada com o cancro, que é extremamente pertinente e adequado à nossa Unidade. No nosso serviço os doentes hematológicos submetidos a transplante de Medula Óssea sofrem apalias profundas e consequentemente apresentam fadiga que além de frequente é prolongada. Deste modo, o contributo da Cristina nesta área foi de extrema importância, pois assim aprofundamos conhecimentos com o intuito de melhorar as nossas intervenções de enfermagem aos nossos doentes hematológicos. A partilha de informação acerca da fadiga relacionada com o cancro foi decorrendo de forma subtil mas interventiva, nas passagens de turno e numa formação em serviço realizada pela Cristina que teve um ótimo feedback de toda a Equipa de Enfermagem.

No que diz respeito aos objetivos a que se propôs realizar, a Cristina atingiu-os na totalidade, uma vez que teve preocupação com a aquisição de conhecimentos científicos acerca do tema da fadiga relacionada com o cancro, fundamentando com bibliografia pertinente e atual. Também identificou estratégias para prevenir a fadiga, realizando ensinamentos aos doentes/família para os capacitar para o autocuidado e aos profissionais de saúde de modo a melhorar as práticas de enfermagem.

Assim sendo concluo, considerando que o estágio da Cristina foi extremamente positivo, cumprindo todos os objetivos a que se propôs e julgo que se tornou numa profissional especializada, com conhecimentos teórico-práticos que a formam como uma enfermeira dedicada, experiente e um elemento válido em qualquer serviço que cuide de doentes oncológicos.

**Enf<sup>a</sup> ORIENTADORA DA UTMO**

## ANEXO III

Figura 5: Escala de Fadiga de Piper Revisada (Mota, Pimenta, Piper, 2009).

Escala de Fadiga de Piper - Revisada

Instruções: Para cada questão a seguir, circule o número que melhor descreve a fadiga que você está sentindo AGORA. Por favor esforce-se para responder cada questão da melhor maneira possível. Muito obrigada.

1. Há quanto tempo você está sentindo fadiga? (assinale somente UMA resposta)

Dias \_\_\_ Semanas \_\_\_ Meses \_\_\_  
 Horas \_\_\_ Minutos \_\_\_ Outro (por favor descreva): \_\_\_

2. Quanto estresse a fadiga que você sente agora causa?

Nenhum estresse						Muito estresse				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Quanto a fadiga interfere na sua capacidade de completar suas atividades de trabalho ou escolares?

Nada						Muito				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de visitar ou estar junto com seus amigos?

Nada						Muito				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de ter atividade sexual?

Nada						Muito				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. De modo geral, quanto a fadiga interfere na capacidade de realizar qualquer tipo de atividade que você gosta?

Nada						Muito				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Como você descreveria a intensidade ou a magnitude da fadiga que você está sentindo agora?

Leve						Intensa				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Como você descreveria a fadiga que você está sentindo agora?

Agradável						Desagradável				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9.

Aceitável						Inaceitável				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10.

Protetora					Destruidora					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11.

Positiva					Negativa					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12.

Normal					Anormal					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Quanto você está se sentindo...

Forte					Fraco					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. Quanto você está se sentindo...

Acordado					Sonolento					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15. Quanto você está se sentindo...

Com vida					Apático					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Quanto você está se sentindo...

Com vigor					Cansado					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Quanto você está se sentindo...

Com energia					Sem energia					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Quanto você está se sentindo...

Paciente					Impaciente					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Quanto você está se sentindo...

Relaxado					Tenso					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. Quanto você está se sentindo...

Extremamente feliz										Deprimido
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. Quanto você está se sentindo...

Capaz de se concentrar					Incapaz de se concentrar					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22. Quanto você está se sentindo...

Capaz de se lembrar					Incapaz de se lembrar					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. Quanto você está se sentindo...

Capaz de pensar com clareza					Incapaz de pensar com clareza					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24. De modo geral, o que você acha que contribui ou causa a sua fadiga?

25. De modo geral, o que mais alivia a sua fadiga é:

26. Existe mais alguma coisa que você gostaria de dizer para descrever melhor sua fadiga ?

27. Você está sentindo qualquer outro sintoma agora?

( ) Não ( ) Sim. Por favor descreva

## ANEXO IV

Figura 3: Pictograma de Fadiga (Mota, Pimenta, Fitch, 2009)

Quanto cansado você se sentiu na última semana?



Quanto a sensação de cansaço te impede de fazer o que você quer fazer?



## ANEXO V

A Sr. <sup>a</sup> Enf<sup>a</sup>. Ana Cristina Nunes realizou estágio na UTM no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica - Vertente Oncológica, da ESEL, nos períodos compreendidos entre 1 a 16 de Dezembro de 2011 e 2 de Janeiro a 16 de Fevereiro de 2012.

A sua área de estudo foi a fadiga relacionada com cancro, em particular a fadiga do doente submetido a Transplante de Medula Óssea. É um tema muito pertinente para o serviço, sendo a sua abordagem de maior interesse para a unidade.

Durante os seus períodos de estágio sensibilizou a equipa para o tema em estudo e partilhou com os seus contributos, estratégias de identificação, intervenção e avaliação das intervenções.

Consideramos que a sua intervenção foi uma mais-valia para melhorar o atendimento aos doentes sujeitos a transplante de medula óssea, numa área que nos é tão cara, por um lado por se revestir da maior importância para a qualidade de vida do doente e por outro por ser muitas vezes negligenciada ou subvalorizada por falta de estratégias de intervenção.

Avaliação: Muito Bom

Enf<sup>a</sup> ORIENTADORA DA UTM