



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

Relatório de Prática Clínica

***BURNOUT* NOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Daniela Salvado de Ascensão

Trabalho de Mestrado em Cuidados Paliativos

Relatório de Prática Clínica apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Setembro 2013

Composição do Júri

Presidente: Mestre Carlos Alberto Figueira de Chaves
Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta
Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Arguente: Mestre Manuel Luís Vila Capelas
Professor Adjunto na Universidade Católica

Agradecimentos

Não posso deixar de prestar aqui o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram ao meu lado, me ouviram, me apoiaram e me estimularam a percorrer esta caminhada infindável de experiências e vivências, que marcaram de forma intensa o meu desenvolvimento pessoal e profissional e que me ajudaram a chegar até ao fim.

Assim, sem querer estabelecer uma hierarquia:

À Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta pela disponibilidade e orientação ao longo do todo o percurso.

Às equipas da Unidade de Assistência Domiciliária do IPO e da UCCP do HP pela forma como me acolheram e por terem contribuído para a realização deste projeto com perícia e humanismo.

Um obrigada especial à Enfermeira Lucinda Marques pela sua orientação, compreensão, disponibilidade e amizade.

Um obrigada especial à Enfermeira Sandra Neves pela sabedoria e ensinamentos. Agradeço ainda a prontidão e disponibilidade inabaláveis ao longo de todo este relatório, pela força e estímulo constantes, pela amizade e apoio em momentos difíceis.

A todos os meus colegas da UCP da CS, pela aceitação do meu projeto de intervenção e colaboração no mesmo, pelos momentos de grande partilha, alegria e amizade.

À minha família. Aos meus pais e irmãos pela paciência, compreensão e incentivo nos momentos de desmotivação. À minha afilhada Maria pelos momentos partilhados que me deram força para continuar.

À minha amiga Ana Rita, pela amizade incondicional, apoio e incentivo nos momentos de desespero.

À minha amiga Ana Raquel, pelo seu apoio incondicional que constituiu um grande suporte na concretização deste trabalho.

Ao meu amigo João, agradeço todo o empenhamento e profissionalismo que colocou no tratamento dos dados que se encontram ao longo deste relatório.

A todos, um sincero agradecimento, que vai para além das palavras... *Muito Obrigada!*

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

Antoine de Saint-Exupery

Resumo

Trabalhar em Cuidados Paliativos implica desenvolver uma atividade em equipa transdisciplinar com uma partilha constante de conhecimento entre todos os elementos. Para a concretização desse objetivo é importante que a equipa valorize e invista na formação e treino dos seus elementos. A realização do Mestrado em Cuidados Paliativos mostra ser uma das formas mais consistentes e credíveis de adquirir novos conhecimentos e sedimentar os já adquiridos, permitindo aumentar as competências pessoais e ser mais um contributo para que a equipa se possa afirmar cada vez mais como uma equipa de prestação de cuidados de excelência. A opção pela realização de um estágio no contexto de Mestrado justifica-se pela oportunidade de conhecer novas realidades e formas de trabalhar em Cuidados Paliativos.

O presente relatório resume a Prática Clínica, que teve lugar na UAD do IPO, na UCPC do HL e na UCP da CS no âmbito do I Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Traduz a reflexão acerca da forma como foram aplicados os valores e princípios dos Cuidados Paliativos; as competências desenvolvidas na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva; a capacidade de reflexão sobre dilemas éticos; o desenvolvimento de experiências de prática assistencial em diferentes equipas de CP, de acordo com a Adenda ao Regulamento de Mestrado em CP.

O Relatório aborda ainda o Projeto de Intervenção/Formação desenvolvido na Unidade onde presto funções: UCP da CS, subordinado ao tema: “*Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”.

Palavras-chave: *Burnout*, Cuidados Paliativos, Enfermeiros, Prática Clínica e Reflexão.

Abstract

Working in Palliative Care requires developing a transdisciplinary team activity with a constant sharing of knowledge between all elements. In order to achieve this goal it is important that the team values and invests in the education and training of its members. The achievement of the master degree in Palliative Care proves to be one of the most consistent and credible ways to acquire new knowledge and consolidate the already acquired one, allowing to increase personal skills and be a contribution to the team in order to achieve new excellency levels of care. The decision to carry out an internship in the context of master degree is justified by the opportunity to meet new realities and ways of working in Palliative Care.

This report summarizes Clinical Practice, held on UAD of IPO, on UCPC of HL and UCP of CS, under the I Master in Palliative Care, held on School of Health Dr. Dias Lopes, Polytechnic Institute of Castelo Branco. Represents the reflection about how we applied the values and principles of palliative care; skills developed in the implementation of a quality health care plan to the person with chronic, advanced and progressive illness; the ability to reflect on ethical dilemmas; development experiences of care practice in different palliative care teams, according to the supplement to Regulation Master of palliative care.

The report also addresses the Intervention Project / Training Unit where I work: UCP of CSI, relatively to the theme: *Burnout* in Nurses of Palliative Care.

Key-words: *Burnout*, Palliative Care, Nurses, Clinical Practice and Reflection.

Índice Geral

COMPOSIÇÃO DO JÚRI.....	II
AGRADECIMENTOS	III
EPÍGRAFE.....	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VI
ÍNDICE GERAL	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	X
ÍNDICE DE TABELAS.....	XII
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	XIII
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – RELATÓRIO DA PRÁTICA CLÍNICA	4
1 - TIPOLOGIA, NÍVEIS DE DIFERENCIAÇÃO E MODELOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS	4
2 - ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.....	6
2.1. Justificação.....	6
2.2. Cronograma das Atividades	6
2.3. Descrição dos Serviços	7
2.3.1. Unidade de Assistência Domiciliária do IPO	7
2.3.2. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do HP	9
2.3.3. UCP da CS.....	12
2.4. Descrição de Objetivos, Atividades Desenvolvidas e Competências Adquiridas no Âmbito da Prática Clínica.....	15
2.4.1. Objetivos	15
2.4.1.1. Objetivos gerais	15
PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	36
1. ÁREA – PROBLEMA/JUSTIFICAÇÃO DO TEMA/ OBJETIVOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO/PLANO ESTRATÉGICO-PEDAGÓGICO	36
1.1. Área – Problema	36
1.1.1. <i>Burnout</i> : Definição	36
1.1.2. <i>Burnout</i> : Manifestações Clínicas	38
1.1.3. <i>Burnout</i> : Causas	40
1.1.4. <i>Burnout</i> : Nos Enfermeiros	42
1.1.5. <i>Burnout</i> : Nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos	43
1.1.6. <i>Burnout</i> : Intervenção/ Prevenção.....	44
1.2. Justificação do tema.....	48
1.3. Objetivos do Projeto de Intervenção	48
1.4. Plano Estratégico-Pedagógico	49
1.4.1. Planeamento/Execução/Avaliação.....	49

2 - OBJETIVOS PROPOSTOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UAD DO IPO E NA UCCP DO HP	70
CONCLUSÃO	89
BIBLIOGRAFIA	91
APÊNDICES.....	96
APÊNDICE I.....	97
REQUERIMENTO - APROVAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO NA UCP	97
APÊNDICE II.....	99
CONSENTIMENTO INFORMADO (UCP)	100
APÊNDICE III.....	101
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL.....	101
APÊNDICE IV	106
ESCALA DE AVALIAÇÃO DO <i>BURNOUT</i> - MBI-HSS.....	106
APÊNDICE V	115
PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “<i>BURNOUT</i> NOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS”	115
APÊNDICE VI.....	117
APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: “<i>BURNOUT</i> NOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS ”	117
APÊNDICE VII	134
CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: “<i>BURNOUT</i> NOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS”	134
APÊNDICE VIII.....	136
PROGRAMA DE ATIVIDADES PARA A PREVENÇÃO DO <i>BURNOUT</i> NOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	136
APÊNDICE IX.....	142
CONSENTIMENTO INFORMADO (UAD)	142
APÊNDICE X	144
GRELHA DE OBSERVAÇÃO: FATORES AMEAÇADORES E PROTETORES DO <i>BURNOUT</i> NOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS, INERENTES AO TRABALHO EM EQUIPA ..	144
APÊNDICE XI	148
APRESENTAÇÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA - “FATORES QUE INFLUENCIAM O SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS”	148
APÊNDICE XII	163

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA - “FATORES QUE INFLUENCIAM O SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS”	163
ANEXO.....	165
ANEXO I	166
FOLHA DE AVALIAÇÃO DO FORMANDO (MODELO 44.01)	166

Índice de Gráficos

Gráfico nº 1 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Género	57
Gráfico nº 2 - Caracterização dos Participantes relativamente à Idade	57
Gráfico nº 3 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Estado Civil.....	58
Gráfico nº 4 - Caracterização dos Participantes relativamente à Categoria Profissional	58
Gráfico nº 5 - Caracterização dos Participantes relativamente às Habilitações Literárias	59
Gráfico nº 6 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Tipo de Formação em Cuidados Paliativos	59
Gráfico nº 7 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Tempo de Exercício em Unidades de Cuidados Paliativos	59
Gráfico nº 8 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Tempo de Exercício na UCP	60
Gráfico nº 9 - Caracterização dos Participantes relativamente à Carga Horária Semanal	60
Gráfico nº 10 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Horário Praticado	60
Gráfico nº 11 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Vínculo Profissional	61
Gráfico nº 12 - Caracterização dos Participantes relativamente à Exclusividade ou não da Prestação de Cuidados nesta Unidade	61
Gráfico nº 13 - Distribuição dos resultados da 1ª Avaliação do <i>Burnout</i>	63
Gráfico nº 14 - Apresentação dos resultados relativamente à avaliação da Sessão de Formação “ <i>Burnout</i> nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”	66
Gráfico nº 15 - Distribuição dos resultados da 2ª Avaliação do <i>Burnout</i>	68
Gráfico nº 16 - Evolução dos Níveis de <i>Burnout</i> , comparando a 1ª e a 2ª Avaliação.....	69
Gráfico nº 17 - Caracterização dos Participantes relativamente à Idade	73
Gráfico nº 18 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Estado Civil	73
Gráfico nº 19 - Caracterização dos Participantes relativamente à Categoria Profissional.....	74

Gráfico nº 20 - Caracterização dos Participantes relativamente às Habilitações Literárias	74
Gráfico nº 21 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Tipo de Formação em Cuidados Paliativos.....	75
Gráfico nº 22 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Tempo de Exercício em Unidades de Cuidados Paliativos	75
Gráfico nº 23 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Tempo de Exercício na Unidade de Cuidados Paliativos.....	75
Gráfico nº 24 - Caracterização dos Participantes relativamente à Carga Horária Semanal.....	76
Gráfico nº 25 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Horário Praticado	76
Gráfico nº 26 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Vínculo Profissional	76
Gráfico nº 27 - Caracterização dos Participantes relativamente à Exclusividade ou não da Prestação de Cuidados nesta Unidade	77
Gráfico nº 28 - Caracterização dos participantes relativamente à questão “Está neste serviço por opção?”	77
Gráfico nº 29 - Apresentação dos resultados relativamente à avaliação da apresentação: Revisão Sistemática da Literatura - “Fatores que influenciam o Síndrome de <i>Burnout</i> nos Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos”	87

Índice de Tabelas

Tabela nº 1 - Distribuição dos resultados da 1ª Avaliação do <i>Burnout</i>	62
Tabela nº 2 - Distribuição dos Resultados da 2ª Avaliação do <i>Burnout</i>	67

Lista de Siglas e Abreviaturas

AAM – Auxiliares de Ação Médica
ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos
APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
AVD's – Atividades de Vida Diária
CP – Cuidados Paliativos
CS – Casa de Saúde
D – Despersonalização
EE – Exaustão Emocional
EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ESAS - Edmonton Symptom Assessment System
HP – Hospital Privado
IPO – Instituto Português de Oncologia
MBI – Maslach *Burnout* Inventory
MBI-ES - Maslach *Burnout* Inventory - Educators Survey
MBI-GS - Maslach *Burnout* Inventory - General Survey
MBI-HSS - Maslach *Burnout* Inventory – Human Services Survey
OMS – Organização Mundial de Saúde
P - Pergunta
PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos
PPS – Palliative Performance Scale
Quest. – Questionário
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RP – Realização Pessoal
SECPAL – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos
TAC - Tomografia Axial Computadorizada/Computorizada
UAD – Unidade de Assistência Domiciliária
UCCP – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

Introdução

Numa visão global e transversal da sociedade portuguesa em que nos inserimos, alguns fatores influenciam o aumento de situações de dependência, nomeadamente: o aumento da esperança de vida, o aumento de doenças crónicas, a alteração da estrutura familiar com a passagem a famílias nucleares e mononucleares, assim como as restrições dos custos na saúde. De acordo com a Declaração da Coreia sobre Cuidados Paliativos (CP), sabemos que em todo o mundo, morrem anualmente mais de 52 milhões de pessoas, sendo que uma em cada dez mortes é devida a cancro. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para um aumento das doenças oncológicas a nível mundial, nas próximas duas décadas, duplicando de 10 para 20 milhões o número de novos casos que serão anualmente diagnosticados.

Estas situações são exemplos que impõem a configuração da organização de respostas no âmbito social e da saúde. Emerge assim, neste contexto, uma mudança de paradigma “da cura ao cuidar” e nesta perspetiva, surgem os Cuidados Paliativos.

Em Inglaterra o movimento moderno dos Cuidados Paliativos teve início em 1967 com Cicely Saunders. Posteriormente, este movimento foi alargado ao Canadá, Estados Unidos e Europa. Em Portugal, no início dos anos 90, começa a verificar-se um interesse pela filosofia destes cuidados. Os Cuidados Paliativos são assim, reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde, como uma necessidade em termos de saúde pública, como um imperativo ético que promove os direitos fundamentais das pessoas, e simultaneamente, como uma obrigação social.

Por tudo isto, esta é uma área que deve ser investida, cuidada e olhada. Neste sentido, procurei aumentar os meus conhecimentos através da realização do Mestrado em Cuidados Paliativos, e neste contexto tive a oportunidade de estagiar em unidades muito relevantes na prática deste tipo de cuidados – Unidade de Assistência Domiciliária (UAD) do Instituto Português de Oncologia (IPO) e Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (UCCP) de um Hospital Privado (HP). E, como em todas as práticas que realizamos é importante fazermos uma reflexão das mesmas, surgiu a necessidade de realizar o presente Relatório da Prática Clínica onde descrevo o modo como foi desenvolvida a mesma, como foram atingidos os objetivos propostos e ainda como foram adquiridas as competências.

Ainda neste relatório descrevo o projeto de intervenção/formação na Unidade onde presto funções – Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) de uma Casa de Saúde (CS). Uma das motivações profissionais para a concretização deste projeto de intervenção/formação foi o facto de ter presente que, nestes contextos, as exigências a que os enfermeiros estão sujeitos

são muitas, tanto físicas como emocionais, consequência de um trabalho complexo e rigoroso, o que pode muitas vezes desenvolver distúrbios nos profissionais que prestam este tipo de cuidados, como o síndrome de *Burnout*. O *Burnout* é considerado *um síndrome de cansaço físico e emocional que conduz a uma falta de motivação para o trabalho, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso*". Esta ocorrência pode levar a problemas de insatisfação, à Exaustão Emocional (EE), à Despersonalização (D), à falta de Realização Pessoal (RP) que, no seu conjunto, podem colocar em causa o funcionamento da própria instituição, a prestação dos cuidados de saúde e a qualidade do técnico enquanto profissional-pessoa. Assim, é importante que os enfermeiros tenham consciência de tudo isto para que, deste modo, se sintam incentivados a desenvolver e a adotar técnicas de prevenção/tratamento do *Burnout*.

Este relatório tem diversos objetivos, previamente definidos pela Adenda ao Regulamento do Mestrado em Cuidados Paliativos, sendo eles:

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

Tendo em conta os objetivos atrás referidos, o relatório está organizado em duas partes. Na primeira parte é efetuada a descrição da tipologia, níveis de diferenciação e modelos de prestação de Cuidados Paliativos; a descrição da organização da prática clínica com o objetivo de identificar as competências adquiridas nas áreas-chave de CP: comunicação, controlo de sintomas, apoio à família e trabalho em equipa; enunciando os objetivos e demonstrando o modo como foram atingidos; pormenorizando as atividades

realizadas para a sua concretização. Na segunda parte, é efetuada a descrição do Projeto de Intervenção desenvolvido na unidade onde desempenho funções; identificando a área-problema, o objetivo, o plano pedagógico, fundamentando as diferentes etapas de concretização do mesmo e ainda a descrição dos objetivos propostos para cada local de estágio, bem como o modo como foram atingidos; pormenorizando as atividades realizadas para a sua concretização.

Na conceção deste trabalho privilegio as fontes primárias de informação com recurso a livros e a artigos científicos originais dos autores de referência.

A norma de referenciação bibliográfica usada ao longo deste relatório é aquela que é preconizada pela *American Psychological Association*- APA (2001).

Parte I - Relatório da Prática Clínica

1 - Tipologia, Níveis de Diferenciação e Modelos de Prestação de Cuidados Paliativos

Tipologia de prestação de Cuidados Paliativos

Não existe um modelo único e ideal de prestação de Cuidados Paliativos. Bruera (2006), Gómez-Batiste (2010) e Capelas (2010), referem que devem coexistir diversas tipologias de prestação de Cuidados Paliativos de modo a possibilitar a resposta às diferentes necessidades dos doentes e suas famílias. Essas diferentes tipologias podem também ser chamadas de modelos de prestações de cuidados, que em conjunto correspondem a uma rede de assistência. Para Gómez-Batiste (2010), a rede de assistência integral é constituída por Equipas de Suporte (hospitalares e no domicílio), as Unidades de Internamento e os Hospitais/Consultas de Dia. Bruera (2006) acrescenta que para além destas, deverão existir Internamentos tipo *Hospice*, Equipas de Cuidados Paliativos no Domicílio, *Hospital em Casa* e Equipa de Voluntários *Hospice*.

Níveis de Diferenciação das Equipas Prestadoras de Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos podem ser organizados em distintos níveis de complexidade, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) em 2004, estabelece que existem 4 níveis de diferenciação na prestação de cuidados, sendo eles:

- **Ações Paliativas** - dizem respeito a qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. Não precisam de recorrer a equipas ou estruturas diferenciadas e podem ser prestadas em regime de internamento, regime domiciliário, no âmbito da Rede Hospitalar, da Rede de Centros de Saúde ou da Rede de Cuidados Continuados, representando desta forma o nível básico de palição.
- **Cuidados Paliativos de Nível I** - são prestados por equipas com formação diferenciada em Cuidados Paliativos; estruturam-se através de equipas móveis que não dispõem de estrutura de internamento próprio; podem ser prestados quer em

regime de internamento, quer em regime domiciliário; podem ser limitados à função de aconselhamento diferenciado.

- **Cuidados Paliativos de Nível II** - são prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em Cuidados Paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual. Caracterizam-se por serem prestados em unidades de internamento próprio ou no domicílio e por garantirem disponibilidade e apoio durante 24 horas.
- **Cuidados Paliativos de Nível III** - apresentam as mesmas características dos cuidados de nível II, acumulando mais competências, tais como, desenvolverem programas estruturados e regulares de formação especializada em Cuidados Paliativos; desenvolverem atividades regulares de investigação em Cuidados Paliativos; possuem equipas multidisciplinares alargadas com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de Cuidados Paliativos, assumindo-se como unidades de referência.

Modelos de Prestação de Cuidados Paliativos

Capelas (2010) apresenta diferentes modelos de atuação para os doentes que se encontravam em fim de vida. O primeiro modelo, o Modelo da Obstinação Terapêutica, destaca-se pela sua negatividade, neste modelo as tentativas de diagnóstico e tratamento específico são aplicados até ao último momento de vida, com escassas ou nulas possibilidades de resposta e elevados custos para o doente, família e sistema. Um outro modelo que também se destaca pela sua negatividade, é o Modelo do Abandono, que se encontra muito presente em instituições vocacionadas para tratar da doença aguda, em que após um período de intensas estratégias terapêuticas curativas sem sucesso, se comunica “não há mais nada a fazer”, abandonando o doente. Com o trabalho muito meritório de Cicely Saunders, surgiu o Modelo Separado, este consiste numa separação demarcada das diversas fases de assistência ao doente, existindo a fase curativa e depois a fase paliativa, sem qualquer ponte ou ligação, sendo que um implica a exclusão do outro. Apesar de ter representado uma enorme melhoria de atendimento ao doente, apresenta enormes custos para o doente e suas famílias. Surge, então o Modelo Integrado, este permite a coexistência de medidas curativas e paliativas, em que, à medida que as necessidades dos doentes e doença evoluem, também o peso de cada uma se altera. Por último, surge o Modelo Corporativo de Intervenção nas Crises que é preconizado como o mais adequado e será o de uma permanente colaboração e articulação,

com acessibilidade permanente aos dois tipos de intervenção, curativa e paliativa, desde o início do processo de doença.

2 - Organização da Prática Clínica

2.1. Justificação

A possibilidade de realização da prática clínica no contexto de Mestrado em detrimento de realizar apenas investigação, mostrou-se desde o início uma opção aliciante, pois sendo eu enfermeira numa UCP, o facto de poder vir a aprofundar o trabalho que tenho vindo a desenvolver, em contextos de trabalho diferentes do habitual, adquirir novos conhecimentos e sedimentar os já adquiridos tornou-se, sem dúvida, uma mais-valia para o meu crescimento pessoal e profissional.

A prática clínica decorreu em três fases: a primeira numa Unidade de Assistência Domiciliária para poder ter a experiência do trabalho na comunidade, a segunda numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos para poder ter a experiência do trabalho em internamento numa outra unidade para além daquela onde exerço funções, e a terceira fase decorreu na UCP onde desempenho funções, visando a aplicação dos conhecimentos anteriormente adquiridos, de forma a poder desenvolver um projeto de intervenção sobre “*Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”. A criação deste projeto esteve relacionada com a preocupação e interesse que esta área temática me suscita.

2.2. Cronograma das Atividades

Após a aprovação do projeto de estágio pela Comissão Coordenadora de Mestrado e pela Unidade de Assistência Domiciliária, pela Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos e pela UCP onde presto funções, o horário final foi definido de acordo com a disponibilidade pessoal e das respetivas unidades.

O início foi definido a 04 de Março de 2013 e o final a 30 de Maio de 2013. Na UAD foram realizados um total de 13 turnos que corresponderam a 104 horas de contacto direto entre o mês de Março e de Abril de 2013. Por sua vez, na UCCP foram efetuados 12 turnos no mês de Maio, equivalentes a 100 horas de contacto direto. No total representaram 200 horas de prática clínica, conforme previsto na Adenda ao Regulamento do Mestrado em CP. As outras 100h para perfazer as 300 horas totais de estágio foram utilizadas para a realização do

Projeto de Intervenção na unidade onde presto funções. As datas, devido a problemas pessoais, discordaram ligeiramente da proposta inicialmente feita no projeto para a prática clínica.

2.3. Descrição dos Serviços

2.3.1. Unidade de Assistência Domiciliária do IPO

O primeiro período de estágio decorreu na Unidade de Assistência Domiciliária do IPO como já referi anteriormente, esta foi criada a 27 de Fevereiro de 1956 pelo Professor Doutor Francisco Gentil, pioneiro em Portugal na atividade assistencial a doentes oncológicos no seu domicílio.

Pelo facto de ser uma unidade com uma equipa multidisciplinar, de ter elementos com formação diferenciada e avançada, de possuir programas estruturados e regulares de formação em mestrados, com existência de algumas atividades de investigação, poder-se-ia classificar como uma unidade de nível III. No entanto, não assegurando um apoio de 24 horas, já terá que ser vista como uma unidade de nível I.

Localização e estrutura

As instalações da UAD encontram-se no 2º andar do edifício Lar de Doentes, numa sala, com o apoio de um pequeno armazém de material e de uma pequena copa/vestiário.

Missão

O apoio domiciliário é o pilar desta unidade. Atualmente, a missão da UAD é prestar cuidados ativos, coordenados e globais a doentes e suas famílias em situação de sofrimento decorrente de doença avançada e progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Estes cuidados são prestados no domicílio, iniciando-se na admissão do doente e sua família e estendendo-se ao período do luto.

Objetivos

- Prestar Cuidados Paliativos a doentes e suas famílias, assegurando cuidados médicos e de enfermagem no domicílio;
- Apoiar emocionalmente o doente, a família e/ou cuidador;
- Articular os cuidados médicos e de enfermagem prestados ao doente e família com os demais serviços do IPO e recursos existentes na comunidade;
- Assegurar o atendimento telefónico por linha direta durante o horário de funcionamento da unidade;
- Divulgar os objetivos e natureza da UAD pelos Serviços do IPO;
- Realizar formação em CP dirigida aos profissionais da instituição;
- Fazer investigação clínica de acordo com a sua área de atuação.

Elementos da Equipa

- 1 Médica
- 1 Enfermeira chefe
- 4 Enfermeiras
- 1 Auxiliar de Ação Médica
- 1 Assistente Administrativa
- 2 Motoristas (2^a a 6^a feira)
- 1 Assistente Social
- Pontualmente, quando assim se justifica, ainda existe a colaboração de uma psicóloga. Por outro lado, de um ou outro modo, também estão envolvidos outros profissionais da instituição que dão o seu contributo, como é o caso de técnicos de farmácia, técnicos de imagiologia, entre outros.

Horário de funcionamento

O período de funcionamento é alargado a todos os dias do ano, entre as 8 e 16 horas, a doentes programados de acordo com as necessidades e sem horário fixo. O plano é elaborado todas as semanas para uma melhor programação das atividades, percebendo desta forma a possibilidade de admissão futura de doentes. As visitas domiciliárias podem ser diárias, semanais, quinzenais ou mensais, consoante a necessidade do doente e sua família.

Processo do doente

O processo de cada doente inclui todos os registos das áreas de intervenção. Fazem parte deste processo vários documentos, como os dados de identificação, a folha de necessidades humanas básicas, o diagnóstico e história/evolução clínica, o plano de intervenção, o plano atualizado da medicação, a folha de registos de conferências familiares, o registo da monitorização de problemas, nomeadamente quanto ao estado funcional e de nutrição do doente, o registo em escalas de avaliação ((Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), Palliative Performance Scale (PPS)); o registo de fatores preditores de luto patológico, critérios de complexidade e ainda outros relatórios médicos.

Os registos efetuados no final de cada dia são duplicados, ou seja, existe um processo na UAD e outro no arquivo do IPO, para no caso de os doentes descompensarem clinicamente no período de não funcionamento da UAD, se deslocarem à urgência hospitalar e haver o registo atualizado dos mesmos.

Critérios de admissão na UAD

- Estar inscrito no IPO;
- Ter a referenciação pelo médico assistente do IPO, através do preenchimento do modelo da folha de referenciação;
- Ter doença em fase avançada e progressiva e necessitar de CP;
- Residir na cidade onde se localiza o respetivo IPO, em domicílio particular;
- Dispor de um cuidador principal identificado;
- Aceitar o apoio da UAD.

A prioridade da admissão do doente na UAD é condicionada pela avaliação das necessidades físicas, psicológicas e sociais dos doentes e família. É dada prioridade aos doentes com maior número de critérios de complexidade.

2.3.2. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do HP

O segundo período da prática clínica decorreu na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do HP. A sua inauguração remonta ao ano de 2006, sendo desde esse momento

uma referência no contexto privado da saúde, no nosso país. Tendo em conta a classificação do PNCP, esta é uma unidade que presta CP de Nível III.

Localização e estrutura

A UCCP do HP localiza-se no último piso do Hospital. Para quem se encontra a entrar na unidade, do lado direito do *hall* dos referidos elevadores, localiza-se a unidade de CP, enquanto do lado oposto é a unidade de cuidados continuados. Imediatamente do lado esquerdo, já no corredor principal, localiza-se toda a zona de trabalho restrita aos profissionais. Por detrás do espaço dos balcões e do corredor principal, está uma sala de trabalho. Nesta zona, a seguir a esta sala, forma-se um segundo corredor paralelo ao principal, que dá acesso a mais uma sala de registos, ao gabinete da coordenação de enfermagem, a uma sala para colaboradores (onde se podem efetuar pequenas refeições), a uma casa de banho para profissionais e a duas salas de armazenamento de material. Na parte da frente deste corredor, dando já para o principal, está a sala de tratamentos e um pequeno armazém de material clínico.

Os quartos de CP são individuais, com casa de banho. Ainda possuem um sofá individual e outro de maiores dimensões que pode ser transformado numa cama para algum familiar poder dormir durante a noite. Os quartos de cuidados continuados têm as mesmas características mas com duas camas e apenas com dois sofás individuais. Nas extremidades das duas unidades estão mais duas salas de estar. A meio dos cuidados continuados encontra-se uma sala de refeições que pode ser utilizada pelos doentes. A sala de reuniões localiza-se na extremidade da unidade de CP.

Missão

“Diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do doente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais”, procurando concretizá-la através de três vetores essenciais: a excelência, a inovação e o talento. Assenta em oito valores considerados fundamentais: a procura incansável de resultados; o rigor intelectual; a aprendizagem constante; a responsabilidade pessoal; o respeito e humildade; a atitude positiva; a integridade e o espírito de equipa.

Objetivos

- Responder às necessidades globais do doente com dependência (transitória ou crónica) e sua família, através da prestação de cuidados de forma personalizada;
- Favorecer a autonomia do doente e família, promovendo a dignidade e qualidade de vida e a reinserção na comunidade;
- Apoiar a família na morte e no luto;
- Prestar apoio a doentes internados em outros serviços do hospital;
- Realizar formação e investigação na sua área de intervenção.

Elementos da equipa

- 43 Enfermeiros, destes 17 tem formação avançada em CP
- 4 Médicos, 2 deles a tempo inteiro
- 25 Auxiliares de Ação Médica (AAM)
- 1 Psicóloga
- 3 Administrativas
- 1 Frei
- 1 Fisioterapeuta
- De um modo pontual, sempre que assim se justifique, também se contam com outros profissionais, como os terapeutas da fala; os terapeutas ocupacionais; a dietista; funcionários da cozinha e da equipa de fornecimento das refeições; da farmácia; de outras áreas do hospital como é o caso da imagiologia; de outras especialidades médicas (cirurgia, oncologia) e de auxiliares circulantes/maqueiros.

Horário de funcionamento

Como qualquer unidade de internamento, presta cuidados 24h por dia, 365 dias por ano, com rotatividade dos que prestam cuidados.

Processo do doente

Relativamente ao processo de cada doente, dele fazem parte os registos diários de todas as áreas de intervenção, o que facilita a partilha e o bom conhecimento sobre a

realidade de cada indivíduo. Além deste registo diário transdisciplinar fazem também parte deste processo vários documentos, sendo eles a folha de dados de identificação do doente, a folha das necessidades humanas básicas, o diagnóstico e história/evolução clínica, o plano atualizado da medicação e ainda os registos em escalas de avaliação (Escala de Braden, Índice Katz, Índice de Lawton e Brody), os registos de conferências familiares e outros relatórios médicos. Tudo em suporte informático.

Critérios de admissão

- Doentes portadores de doença grave e avançada, confirmada e documentada com informação clínica atualizada;
- Doentes com evolução da patologia de base;
- Doentes com descontrolo sintomático e/ou sofrimento existencial intenso;
- Doentes com exaustão/clauidicação familiar ou cuidadores principais.

2.3.3. UCP da CS

Localização e estrutura

A Casa de Saúde foi fundada em 1894. Foi a primeira instituição de carácter hospitaleiro a surgir em Portugal. Surgiu como resposta à situação vigente de abandono no campo da saúde e de exclusão social dos doentes mentais, deficientes físicos e psíquicos mais carenciados.

A congregação integra uma filosofia que tem como objetivo proporcionar aos doentes uma oferta de saúde integral que inclua os aspetos físicos, psíquicos, sociais e espirituais, sempre dotada de um carácter eminentemente humanizador, de qualidade relacional e de respeito pelos direitos individuais.

A UCP encontra-se situada dentro do espaço da CS, com instalações próprias, tendo iniciado a sua atividade a 6 de Março de 2006 como uma resposta aos desafios atuais do aumento das doenças crónicas e progressivas, do aumento da esperança de vida. É constituída por dez quartos, todos individuais, sala de trabalho multidisciplinar, uma sala de estar/refeitório, uma sala de banho assistido, uma copa/cozinha, duas salas armazém/arrumos e duas casas-de-banho, conta ainda com um jardim exterior para uso de

doentes, familiares e profissionais de saúde. Das dez camas existentes para assistência em CP, oito estão ao abrigo do acordo estabelecido com a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI) e duas camas em regime privado. Tendo em conta a classificação do PNCP, esta é uma Unidade que presta CP de Nível III.

Missão

Como missão primordial, a equipa está comprometida em cuidar e acompanhar a pessoa com doença avançada, progressiva e incurável e sua família ou cuidador, de forma holística. Tem também como ideal distinguir-se pela disponibilidade, criatividade e qualidade assistencial, numa avaliação sistemática das necessidades do doente e família.

Todo este trabalho assenta em valores que privilegiam a dignidade e autonomia; a disponibilidade e a qualidade assistencial; o trabalho em equipa; a criatividade; o compromisso e a simplicidade.

Objetivos

Tal como é referido no regulamento interno da UCP, o objetivo principal da referida unidade é a “assistência holística, por uma equipa interdisciplinar, a pessoas com doença avançada, progressiva e incurável e à sua família, promovendo o conforto e a qualidade de vida através de um controlo eficaz de sintomas e de uma resposta ativa e global às suas necessidades físicas, psicossociais e espirituais”. Salienta-se ainda a prestação de uma assistência integral segundo as exigências técnico-científicas atuais e de humanização; avaliação/controlo da dor e outros sintomas; apoio psicológico e espiritual do doente e família; envolvimento da família no processo individual de intervenção e a realização dos desejos do doente.

Elementos da equipa

- 3 Médicos, em regime rotativo
- 10 Enfermeiros
- 1 Psicóloga
- 1 Fisioterapeuta
- 1 Assistente espiritual
- 1 Capelão

- 4 AAM
- Voluntários

Processo do doente

Do processo do doente fazem parte os registos de todas as áreas de intervenção, o que facilita a partilha e o bom conhecimento sobre a realidade de cada indivíduo. Além deste registo diário transdisciplinar fazem também parte deste processo vários documentos, sendo eles a folha de dados de identificação do doente, o consentimento informado, a folha de necessidades humanas básicas, o diagnóstico e história/evolução clínica, o plano atualizado da medicação, os registos em escalas de avaliação, o registo de quedas, o registo de fatores preditores de luto patológico e ainda outros relatórios médicos.

Critérios de admissão

Relativamente aos doentes, a entrada é feita mediante a avaliação das necessidades e não do prognóstico. Os critérios de admissão na unidade são os seguintes:

- Pessoas com doença avançada, progressiva e incurável, oncológica e não- oncológica;
- Consentimento informado escrito, do doente ou seu legítimo representante;
- Avaliação do processo clínico pelo médico;
- Possuir um ou mais sintomas descontrolados (complexidade clínica);
- Ausência de cuidador principal e/ou exaustão familiar;
- Não ser portador de tuberculose ativa;
- Idade \geq a 18 anos.

2.4. Descrição de Objetivos, Atividades Desenvolvidas e Competências Adquiridas no Âmbito da Prática Clínica

2.4.1. Objetivos

2.4.1.1. Objetivos gerais

- **Compreender e aplicar os valores e princípios dos Cuidados Paliativos na prática assistencial desenvolvida na UAD do IPO e na UCCP do HP**

O movimento moderno dos Cuidados Paliativos, segundo Clark (2004), iniciou-se a partir de 1950 e, foi nesta época que as preocupações acerca da abordagem do fim de vida começaram a merecer interesse por parte dos profissionais de saúde que trabalhavam nos hospitais. Nos EUA, começavam a ter em atenção a futilidade terapêutica, face ao sofrimento em fim de vida. Em Inglaterra o movimento moderno dos Cuidados Paliativos teve início em 1967 com Cicely Saunders. Posteriormente, este movimento foi alargado ao Canadá, Estados Unidos e Europa. Em Portugal, no início dos anos 90, começou-se a verificar um interesse pela filosofia destes cuidados, com o aparecimento da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), com a existência de unidades/ serviços organizados e profissionais qualificados para a prestação dos Cuidados Paliativos. (Aaronson, 1993)

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos em 2006 define os Cuidados Paliativos como *uma resposta ativa aos problemas decorrentes de doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo.*

Segundo a OMS, a definição de Cuidados Paliativos é *uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, primeiro por meio de identificação e avaliação precoce e tratamento dos problemas não só físicos como a dor, mas também psicossociais e espirituais.*

Neste sentido, Gómez-Batiste (2005) refere que as respostas às necessidades geradas pelo sofrimento dos cuidados devem:

- Ser integrais, totais e continuadas, e terem em conta os aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais, controlando a dor e todos os sintomas geradores de sofrimento;

- Afirmar a vida e considerar a morte com um processo natural, não atrasando nem antecipando;
- Ter em conta que a unidade a cuidar é o doente e família, indissociáveis, sempre com uma abordagem sistémica;
- Considerar que o conforto, a qualidade de vida, a promoção da dignidade e adaptação às perdas sentidas são objetivos nucleares da intervenção em Cuidados Paliativos, podendo desta forma influenciar positivamente o curso da doença, pelo que estes cuidados devem ser implementados precocemente no curso desta, em conjugação com outras terapias vocacionadas para o aumento do tempo de vida;
- Admitir que os cuidados devem ser ativos, reabilitadores e promotores da autonomia, proporcionando um sistema de suporte que ajude os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte.

Neto (2010) reforça o que anteriormente foi dito por Gómez-Batiste (2005), apresentando os princípios que considera essenciais:

- Afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, pelo que não pretendem provocá-la ou atrasá-la, através da eutanásia ou de uma obstinação terapêutica desadequada;
- Têm como objetivo central o bem-estar e a qualidade de vida do doente, pelo que se deve disponibilizar tudo aquilo que vá de encontro a essa finalidade, sem recorrer a medidas agressivas que não tenham esse objetivo em mente;
- Promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessária formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem – física, psicológica, social e espiritual – e uma prestação de cuidados de saúde verdadeiramente interdisciplinar;
- São oferecidos com base nas necessidades, e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença – qualquer que ela seja - quando o sofrimento é intenso e outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estão a ser utilizadas;
- Tendo a preocupação de abranger as necessidades das famílias e cuidadores, prolongam-se pelo período do luto. A unidade recetora de cuidados foi sempre “doente e família” e não se devem considerar realidades desligadas;
- Pretendem ser uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, pelo que utilizam ferramentas científicas e se integram no sistema de saúde, não devendo existir margem do mesmo.

Tendo a noção de todos os princípios e valores anteriormente descritos, nos contextos de estágio onde estive, houve situações que num primeiro impacto puderam considerar-se contraditórias, como por exemplo, quando se sujeitou doentes a procedimentos invasivos como a realização de uma Tomografia Axial Computadorizada (TAC). No entanto, nada de contraditório existia nestas situações, pois embora fosse um procedimento invasivo trouxe, do seu resultado, informações imprescindíveis para o planeamento de ações futuras que melhoraram a qualidade de vida e o conforto do doente. Em todos os contextos de prestação de cuidados existiu sempre muito a fazer na linha do cuidado da dimensão da mortalidade e finitude humanas, expressa nas necessidades humanas físicas, psíquicas, sociais e espirituais; prestando uma atenção especial à qualidade de vida e controlo dos sintomas como prioridades fundamentais. Em todas as situações se respeitou o percurso normal da morte, não a provocando nem atrasando.

Com tudo isto conclui, mais uma vez, que o importante é que se realize um trabalho de reflexão por parte de quem presta cuidados e que se coloque sempre a questão: “O que beneficia o doente com esta medicação/intervenção?”, pois se não o fizermos caímos na rotina da obstinação terapêutica, não aceitando o facto de não haver a cura em determinadas situações.

- **Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos CP, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar**

Os Cuidados Paliativos devem ser ativos, reabilitadores e promotores de autonomia, proporcionando um sistema de suporte que ajude o doente a viver tão ativamente quanto possível até à morte. Devem ainda, ser norteados por critérios de efetividade, eficiência e eficácia. Em suma, os Cuidados Paliativos primam por: comunicação adequada, apoio à família, trabalho em equipa e controlo sintomático.

Estas áreas são consideradas classicamente as áreas fundamentais dos Cuidados Paliativos, como defende Twycross (2003) e Doyle (2004).

Seguidamente, abordar-se-á cada uma destas áreas em pormenor:

❖ Comunicação

Para Lazure (1994) a comunicação é uma ferramenta terapêutica essencial que permite o princípio de autonomia, o consentimento informado, a confiança mútua, a segurança e a informação que o doente precisa para ser ajudado e ajudar-se a si mesmo.

Um nível de comunicação ótimo determina o estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda, onde se evidenciam os problemas e necessidades reais dum doente e família, permitindo aos profissionais avaliar o impacto da doença e desenvolver a sua intervenção no sentido da promoção da adaptação à nova realidade.

Para Twycross (2001) os objetivos de uma boa comunicação são: reduzir a incerteza; melhorar os relacionamentos; indicar ao paciente e à sua família uma direção. E para que isso se consiga é importante possuir perícias básicas, tais como:

- Escuta ativa - o processo de escuta desenvolve-se em quatro etapas: ouvir, codificar, interpretar e responder. É uma competência fundamental para a eficácia da comunicação em Cuidados Paliativos, envolvendo aspetos físicos, técnicas facilitadoras da comunicação e compreensão empática, ainda pressupõe uma qualidade de presença feita de disponibilidade e de vontade para se centrar na pessoa e tentar compreendê-la. Saber utilizar e respeitar o silêncio, mostra também a nossa capacidade de escuta (Buckman, 1998).
- Compreensão empática - caracteriza-se por um profundo desejo de compreensão do que vive a pessoa doente. Para demonstrarmos esta competência temos de ser capazes de estar em contacto próximo com o outro no momento de nos colocarmos “no seu lugar”, mas simultaneamente ter consciência de que se trata de um problema “do outro” e não nosso – não temos que sentir o que o outro sente, temos sim de nos dotar de vocabulário que permita especificar a compreensão da vivência do outro e validar as suas emoções (Neto, 2010).
- Feedback – é um processo que permite controlar a eficácia da comunicação, perceber a intenção do recetor e a sua reação. Neste contexto, é preciso ter sempre em conta outros dois princípios básicos, que são a honestidade, e a individualização dos cuidados e da comunicação em cada uma das situações (Neto, 2010).

Outro aspeto importante ao qual devemos dar atenção neste domínio é o da comunicação não-verbal. As mensagens verbais devem sempre ir de encontro às mensagens

não-verbais, não devendo nunca, haver discrepância entre aquilo que eu digo e aquilo que eu transmito. Os doentes e famílias, quer em internamento quer no domicílio, procuram pistas na expressão dos técnicos e retiram conclusões acerca da aceitação e da preocupação que têm para com eles, assim como se a nossa comunicação não-verbal é congruente com a verbal. Estas pistas são procuradas no nosso contacto visual, na expressão facial, no tom de voz, na postura e no toque (Neto, 2010).

A comunicação em Cuidados Paliativos muitas vezes acarreta um conjunto de situações definidas como problemáticas, nas quais as perícias e o treino devem ser mais desenvolvidos. São elas: o doente que quer saber o prognóstico e o diagnóstico, o doente com negação e agressividade, a transmissão de más notícias e a conspiração do silêncio (Buckman, 1998).

Na UCCP do HP, relativamente à comunicação do prognóstico, vivenciei o caso de uma doente que sabia o seu diagnóstico mas não sabia o prognóstico, no entanto, sentia-se cada vez mais a perder autonomia. Utilizou-se o protocolo de Buckman para transmitir a má notícia - prognóstico reservado. Este protocolo divide-se em seis passos, que são eles:

Preparação – escolher o local apropriado, se o doente prefere a presença de algum familiar, e também dispor de tempo para as possíveis reações emocionais do doente. (o local escolhido foi o quarto e a doente quis ficar sozinha, sem a presença dos familiares).

Descobrir o que o doente sabe – perceber o nível de informação que o doente tem acerca da sua doença; avaliando as suas expectativas, objetivos e preocupações, procurando que seja este a falar através de questões abertas colocadas pelos profissionais. Se um doente der sinais, diretos ou indiretos, de que não deseja considerar a sua doença como fatal, não devemos forçá-lo a admitir a verdade. No entanto, deveremos estar atentos a perguntas realizadas pelo doente e orientadoras de que este quer saber mais: “ O que acha que vai acontecer a seguir?”, “ Quanto tempo acha que vou estar assim?”, “Não estou a melhorar pois não?”. (a doente sabia que tinha um tumor no estômago, sentia que estava mais dependente nas Atividades de Vida Diária (AVD’s), mas não sabia o seu prognóstico).

Descobrir o que o doente quer saber – perceber até que ponto o doente quer ter conhecimento da sua patologia; permitindo que seja este a fazer as perguntas, nunca lhe sendo transmitido informação que não pretenda conhecer. (a doente queria saber o seu prognóstico, foi clara, dizendo: *gosto de saber tudo o que se passa comigo para poder programar a minha vida futura, em função disso*).

Compartilhar a informação – fornecer as más notícias de forma gradual, recorrendo a alguns tiros de aviso, confirmando regularmente a receção e perceção da mensagem transmitida,

clarificando e reformulando algumas vezes a mensagem. (foi-se comunicando o prognóstico, validando sempre se a informação estava a ser assimilada corretamente).

Responder às emoções do doente – perceber as emoções do doente acerca da sua situação de doença; através de uma atitude empática caracterizada pela escuta ativa: observar as suas emoções, identificar e nomear essas emoções, identificar a razão da emoção. (deixámos que chorasse e levámo-la a verificar que nos identificávamos com a razão desse choro, “Não estamos no seu lugar mas é natural que se sinta assim”; “Outros doentes em situações parecidas também se sentiriam assim”; “Queremos que saiba que estaremos consigo e não a abandonaremos”).

Planear o acompanhamento – determinar quais os principais problemas, concretizar quais os aspetos marcantes para o doente, agendar uma futura reunião para um acompanhamento da situação e fornecer contactos para dúvidas posteriores. (fornecemos o plano de cuidados para o futuro: opções de tratamento; data de um próximo encontro, mostrando disponibilidade para qualquer dúvida).

Após este diálogo, conclui que a estratégia dos “dedos cruzados” é muito útil nestes contextos, uma vez que desta forma o doente percebe aquilo que lhe queremos transmitir sem lhe provocarmos sofrimento maior. Conclui ainda que o protocolo de Buckman deve sempre ser usado na transmissão de más notícias e ainda que durante este nunca se deve provocar a desesperança, mantendo a expectativa de que algo bom está para vir. Deste modo, a doente aceitou o que foi dito, compreendendo a situação de doença em estadio avançado, com sucesso.

Ainda na UCCP do HP, um exemplo de uma conferência familiar também de grande sucesso na comunicação, foi o caso de um doente com um tumor do reto, com diminuição da força dos membros inferiores, com perda de equilíbrio e com perda de autonomia bastante marcada, em que a esposa queria e insistia na fisioterapia do marido. Depois de uma longa conferência de ajuste de expectativas, benefícios que a intervenção podia trazer ou não face à situação clínica do doente, sempre com congruência, autenticidade, empatia, conseguimos com que a esposa compreendesse o que lhe foi explicado, acabando por assumir que fazia todo o sentido o que lhe foi transmitido.

Na UAD do IPO, um exemplo de uma conferência familiar com técnicas de comunicação bem evidentes e de grande sucesso na concretização dos objetivos delineados para a mesma, foi uma conferência com a irmã de um senhor que tinha um glioblastoma. Esta

irmã após ter recebido a notícia de que o seu irmão tinha tido vaga numa Unidade de Cuidados Paliativos da RNCCI, estava muito nervosa, confusa e preocupada com a decisão a tomar, por um lado custava-lhe que o irmão saísse da casa onde sempre viveu numa fase em que ainda podia cuidar dele, por outro lado tinha receio de não aceitar a vaga porque poderia vir a precisar brevemente. Com escuta ativa, compreensão empática, esclarecemos as dúvidas da irmã, ouvimos as suas angústias, medos, ajustámos expectativas e conseguimos que ela decidisse conscientemente informada de toda a situação e que ficasse tranquila consigo, foi uma conferência de grande sucesso.

Nestas duas unidades, para além da oportunidade de desenvolvimento de técnicas de comunicação com os doentes/famílias, desenvolvi também uma boa comunicação com a equipa. Em vários momentos, a comunicação verificou-se ser uma ferramenta fundamental do dia-a-dia dos profissionais, como por exemplo, a comunicação e transmissão de informação entre os diferentes profissionais na passagem de turno, nas reuniões de equipa.

Ao trabalhar com equipas de excelência e através de leitura e pesquisa bibliográfica, fui adquirindo, consolidando e desenvolvendo técnicas de comunicação. Hoje, dedico mais tempo junto dos doentes, sento-me junto a eles para escutar os seus medos, dúvidas e angústias, converso com eles sobre o que querem, sobre a doença, os tratamentos, a sua vida pessoal, social, o processo de doença. Tudo isto faz aprofundar o conhecimento e a relação que se estabelece com os doentes, permitindo-me criar proximidade e maior cumplicidade, a partir da qual nasce, na maioria das vezes, uma aliança terapêutica.

Este é um princípio sem fim e é através do treino, análise e reflexão acerca das próprias dificuldades que o profissional se forma enquanto pessoa e veículo de ajuda. Aprendi que fugir da comunicação com o doente que esta a morrer significa roubar a oportunidade ao doente de ser e ao profissional de crescer.

❖ **Apoio à família**

Uma outra área central dos CP refere-se ao apoio à família. A família e o doente constituem o binómio objeto de atenção em Cuidados Paliativos. Enquanto grupo de pessoas afetivamente significativas, a família tem um papel fundamental no apoio ao doente terminal.

Para Neto (2010) e Twycross (2003) a família conhece o doente, as suas preferências, hábitos, pelo que é fundamental o envolvimento da família nos cuidados ao doente, enfatizando a importância da sua presença junto do mesmo. Nesta perspetiva, é simultaneamente prestadora e recetora de cuidados, devendo ser incluída no plano de cuidados (Neto, 2010; Moreira, 2001). Neste sentido, a família junto do doente pode cooperar

nos cuidados, tais como: participar na administração da terapêutica, nos cuidados de higiene, na alimentação, nos posicionamentos; participar na avaliação e controlo de sintomas; escutar, compreender, apoiar e acompanhar; atuar em situações de urgência; ajudar o doente a reformular os objetivos de vida e a realizar os seus desejos; fazer com que o doente se sinta querido, que a sua presença é desejada e que a sua vida tem valor, aumentando a autoestima deste e dando sentido à sua existência; e ainda proporcionar conforto tendo sempre como finalidade melhorar a qualidade de vida do doente (Moreira, 2001).

Segundo Moreira (2001), as necessidades sentidas pela família dos doentes terminais situam-se a dois níveis:

- De escuta e expressão – o fato da família poder exprimir-se, ser escutada e entendida, permite-lhe aceitar melhor toda a situação, bem como avaliar e encontrar o melhor processo de adaptação, dando assim lugar a uma maior disponibilidade para cuidar do doente. Atender às necessidades de informação e comunicação da família e promover a comunicação entre os seus membros, permite criar condições de apoio emocional ao doente. A atenção e o apoio são essenciais para a estabilidade de todo o sistema;
- De informação médica, psicológica e de cuidados – a educação da família e do doente é uma das componentes dos cuidados a instituir, é essencial para a tomada de decisões corretas e para a reaquisição de um sentido de controlo.

Moreira (2001) reforça as necessidades da família, anteriormente citadas, com as seguintes:

- “Estar e sentir-se acolhida a fim de reencontrar o seu lugar de “acompanhante natural”;
- Estar sempre informada sobre a evolução dos sintomas, e sobre os tratamentos instituídos, permitindo-lhe compreender e adaptar-se;
- Ser consultada sobre as decisões a tomar;
- Estar orientada para se envolver na participação dos cuidados;
- Estar apoiada e poder exprimir cansaço, agonia e tristeza.

Um dos mecanismos de intervenção familiar mais comumente usados em CP são as conferências familiares. Segundo Neto (2010) a conferência familiar corresponde a uma

forma estruturada de intervenção na família. Neste sentido, esta autora refere que uma conferência familiar tem o propósito de:

- Clarificar os objetivos dos cuidados através da interpretação de novos sinais e sintomas;
- Explorar as opções terapêuticas ou de apoiar na tomada de decisões relativas a dilemas;
- Reforçar a resolução de problemas pela deteção de necessidade não satisfeitas;
- Efetuar o ensino de estratégias de gestão de sintomas;
- Discutir assuntos de interesse para os familiares;
- Prestar apoio e aconselhamento, por via da validação das reações emocionais, da expressão das preocupações e medos;
- Ajudar à resolução dos problemas, mobilizando os recursos familiares.

Na UCCP, participei em várias conferências familiares. A que me marcou mais em relação ao apoio à família foi uma cujo tema central foi a “agonia”. Em linhas gerais, esta conferência envolveu 3 filhos de uma senhora que se encontrava em agonia e os filhos negavam esta fase na mãe. Assim, esta conferência permitiu clarificar a situação clínica atual da doente; validar informação; esclarecer dúvidas; fornecer espaço para partilha de sentimentos; preparar para a perda; avaliar as necessidades, expectativas irrealistas e estratégias de *coping* dos familiares; compreender os desejos relativamente aos cuidados e tratamentos em fim de vida; antecipar e planear decisões difíceis para gerir a proximidade da morte. Este apoio foi fundamental, pois os filhos eram jovens, imaturos e não estavam preparados para viver esta situação. Todo este excelente trabalho da equipa foi notório no momento da morte, em que a família se uniu e conseguiu dar resposta adequada à situação.

Na UAD do IPO, também participei em várias conferências familiares, uma das mais significativas foi com a mãe de uma senhora que tinha um tumor da mama numa fase avançada, com diminuição do reflexo de deglutição. Para esta mãe era algo insuportável a filha não poder comer, achava que esta ia morrer à fome. Esta conferência teve por objetivo explicar questões relacionadas com a alimentação, com os prós e contras da colocação de uma sonda nasogástrica, dando espaço para colocar dúvidas, para expressar emoções. Escolhi esta conferência como exemplo de apoio à família porque sem dúvida foi um caso que me marcou pela situação “anormal” de ser uma filha que estava a partir, invertendo o percurso normal da vida. No final da conferência senti um “alívio” por parte da sua mãe, esta precisava de ouvir e de se fazer ouvir, sendo notório a importância do nosso apoio, enquanto equipa.

Outra forma de intervenção familiar utilizada em ambos os contextos foi a inclusão da família nos cuidados ao doente. A integração do cuidador principal tem um duplo efeito. Por um lado, sentimos o júbilo do doente ao ser cuidado por mãos conhecidas, repletas de

carinho, por outro lado o cuidador toma consciência de uma forma real da evolução da situação do doente e sente que está a contribuir para a diminuição do sofrimento do mesmo. Mas, como é expectável, este envolvimento apresentou uma relevância maior no domicílio, uma vez que o responsável pelos cuidados ao doente eram, na sua maioria, familiares. Neste contexto, o apoio passou por vários planos, como fazer ensinamentos (cuidados de higiene no leito; posicionamentos; prevenção de úlceras de pressão; hidratação; alimentação com adequação de dieta e sinais e sintomas de disfagia; administração de terapêutica), como proporcionar oportunidades para verbalizar dúvidas, como reforçar positivamente o trabalho efetuado e ainda dar a certeza que no caso de necessidade existia sempre um número para quem ligar.

De acordo com Moreira (2001) este apoio revela-se fundamental, pois famílias e cuidadores informados significa diminuição de medos e ansiedade no contato com o doente e, por outro lado, o doente também se sente mais à vontade. De um outro ponto de vista, cuidadores e famílias apoiadas e confortadas terão maior capacidade e disponibilidade para com o doente.

Outra forma de apoio à família, em ambos os contextos, foi a preparação do luto. A preparação para a perda da pessoa querida pode e deve-se iniciar quando essa pessoa ainda se encontra em vida.

Na UAD do IPO existe um protocolo de atuação de apoio no luto que apresenta como principais objetivos: ajudar o outro a perceber a sua perda; esclarecer sobre o processo de luto; facilitar a identificação e expressão de sentimentos; estimular a identificação e mobilização das estratégias de *coping*; promover a adaptação à nova situação; identificar fatores de risco, procedendo, sempre que necessário ao encaminhamento para profissionais especializados. Este protocolo é seguido com todos os pormenores que dele fazem parte: a preparação do processo de luto é iniciado logo na admissão do doente na unidade, em que se realiza uma caracterização da família, se avaliam as necessidades e dificuldade do doente e família/cuidadores, iniciando-se o processo de identificação dos fatores preditores do risco de luto complicado, procedendo-se ao encaminhamento precoce para profissionais especializados (psicóloga e/ou psiquiatra) sempre que necessário.

Após o falecimento do doente, nas primeiras 24h, é verificado o óbito por parte da médica da equipa, prestam-se cuidados ao corpo e demonstra-se a solidariedade da equipa. Entre a primeira e a segunda semana é realizado um contacto telefónico com o objetivo de programar uma visita de luto. Esta apresenta os seguintes objetivos: favorecer a expressão de pensamentos, sentimentos e emoções; reforçar a normalidade do processo de luto; promover a implementação de estratégias de *coping*; facilitar a análise da experiência vivida; favorecer

a estruturação de objetivos futuros; reavaliar apoios familiares; garantir disponibilidade. Posteriormente a esta visita de luto, ao fim de três meses, realiza-se novo contacto telefónico para reavaliar a evolução do processo de luto. Este procedimento é repetido aos seis meses e 12 meses após o falecimento do doente. No final deste período, se o processo de luto se encontrar a decorrer dentro da normalidade encerra-se a relação terapêutica de acompanhamento.

No caso da UCCP do HP, o protocolo de apoio no luto tem como objetivos: ajudar a reconhecer a perda e enfrentar a sua realidade; identificar e expressar os sentimentos provocados pela perda; viver sem o ente querido e enfrentar as dificuldades que surgem como consequência da perda; reposicionar emocionalmente o objeto perdido; identificar lutos complicados e encaminhar.

Entre quinze a trinta dias da morte do doente é enviada uma carta à família impressa em papel timbrado, em nome de toda a equipa de saúde. São objetivos dessa carta: expressar as condolências da equipa; reconhecer o esforço desenvolvido pela família; efetivar a disponibilidade da equipa, e ainda, telefona-se à família com os seguintes objetivos: demonstrar disponibilidade; permitir a expressão de sentimentos, emoções e pensamentos, assim como permitir falar das recordações; validar esses mesmos sentimentos; encorajar a pessoa a falar sobre a relação que tinha com a pessoa falecida, ajudando-a a reconhecer a perda e enfrentar a realidade; perguntar por possíveis manifestações como alucinações e/ou visões com o falecido, e explicar que são naturais nesta fase; permitir questões e mostrar disposição para esclarecimento de dúvidas; validar os cuidados prestados; ajudar a atualizar a perda permitindo a repetição da "história" tantas vezes quanto necessário; explicar à pessoa que ela deve esperar oscilações de humor, dor e várias alterações na sua vida.

Apesar de ter conhecimento dos protocolos de atuação no luto, não tive oportunidade de acompanhar nenhuma família em luto após a morte do seu ente querido, durante o meu período de estágio, em ambas as unidades.

Nas situações descritas anteriormente demonstrei conhecimentos sobre o apoio à família, e através das intervenções efetuadas consegui colocar em prática os valores e princípios dos Cuidados Paliativos. Foram experiências extremamente gratificantes e de grande crescimento pessoal e profissional.

❖ Trabalho em equipa

O Trabalho em Equipa é mais um dos pilares fundamentais em Cuidados Paliativos, sendo necessária uma equipa interdisciplinar, pois estes requerem uma abordagem holística da pessoa, considerando as suas dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual e cultural.

A equipa interdisciplinar conjugará as individualidades pessoais com a diversidade profissional, contribuindo para a obtenção do principal objetivo de melhorar a qualidade de vida do doente (Neto, 2010). Uma equipa eficaz caracteriza-se por ter: propósito partilhado, iniciativa e capacidade de tomar decisões, comunicação eficaz, liderança flexível, isto é, que se adapta facilmente à mudança, qualidade, tendo em conta os custos; reconhecimento dos êxitos; motivação (Bernardo, 2010). O profissionalismo, a flexibilidade e a adaptabilidade, o rigor técnico, o respeito e o apoio interprofissional são pilares fulcrais para a qualidade do trabalho em equipa.

Bernardo (2010) aponta que o trabalho em equipa apresenta uma série de vantagens: o apoio mútuo; a manutenção da continuidade, diferenciação dos cuidados; a resolução de situações complicadas através de uma boa tomada de decisão; o aperfeiçoamento de competências; a partilha de experiências e a participação na formação da equipa.

Nos contextos de estágio por onde passei, verifiquei que existem verdadeiras equipas interdisciplinares, com objetivos comuns, partilha de interesses, com planeamento dos cuidados em conjunto, com líderes que são verdadeiros catalisadores das dificuldades que possam advir. Equipas onde a realização de reuniões interdisciplinares permite a tomada de decisão, onde se elabora o plano terapêutico, onde se avaliam os resultados e onde se identificam as necessidades e a promoção da própria equipa.

As reuniões de serviço, na UCCP do HP aconteceram uma vez por semana. Na UCP do IPO aconteceram diariamente. Ainda é importante referir que para além das reuniões interdisciplinares, havia nestas equipas outros alvos de formação interna como os estudos de caso, a revisão de temas e ainda com o objetivo de complementar a formação estas equipas participavam em congressos, *workshops*, cursos de atualização, seminários, reuniões científicas (formação externa), contribuindo este facto também para a eficácia das próprias equipas.

Em consonância com o desejo da equipa, com o desejo pessoal e de forma a conseguir atingir os objetivos propostos, apresentei, num *journal club*, uma Revisão Sistemática da Literatura realizada em Outubro de 2012 no contexto do Mestrado com a colega Ana Margarida Hipólito subordinada ao tema: “Fatores que influenciam o Síndrome de *Burnout* nos Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos”. Na UAD do IPO não tive a oportunidade

de apresentar nenhum artigo pois o tempo de estágio e o contexto de cuidados não me permitiu realizar essa atividade.

❖ **Controlo de Sintomas**

O objetivo central dos Cuidados Paliativos é a redução do sofrimento dos doentes e família, e a promoção da máxima qualidade possível. Assim, o controlo sintomático apresenta-se como um dos instrumentos básicos dos CP, porque é necessário saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os sintomas que surgem e que acabam por desencadear uma série de alterações no bem-estar do doente e família (Neto, 2010). O controlo sintomático é uma tarefa complexa na doença crónica, avançada, incurável, pois normalmente existem múltiplos sintomas descontrolados.

Os princípios gerais de controlo de sintomas segundo Neto (2010) são:

- Avaliar antes de tratar – baseia-se em reconhecer os sintomas, determinar a etiologia, identificar o mecanismo fisiopatológico específico que o precipita e que está na sua origem, avaliar a sua intensidade e avaliar o impacto emocional e físico que este problema tem na qualidade de vida do doente. A criteriosidade desta avaliação permitirá caracterizar o sintoma de forma a reunir informações que proporcionem uma resposta mais direcionada e eficaz para o doente de quem estamos a tratar. Também deverá ser uma avaliação integral, holística e interdisciplinar;
- Explicar as causas dos sintomas e as medidas terapêuticas de forma acessível ao doente;
- Não esperar que um doente se queixe. Deve-se perguntar e observar antecipando-se tanto quanto possível ao aparecimento dos sintomas previsíveis, fomentando uma atitude preventiva;
- Adotar uma estratégia terapêutica mista, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas. Além de controlar os sintomas, também há que prevenir, neste passo, o aparecimento de novos sintomas. A prescrição de fármacos deve ser acompanhada da explicação da sua administração, falar da importância de tomar de forma pautada, e de como atuar em situações de crise, sendo recomendável que estas indicações fiquem por escrito de forma perceptível para a equipa de saúde, e para doente e família quando falamos do domicílio;
- Monitorizar os sintomas - para validar a eficácia dos tratamentos, os efeitos secundários e para clarificar objetivos. Esta monitorização pode ser efetuada através do uso de instrumentos de medida standardizados e de métodos de registo

adequados, podendo fazer-se uma avaliação quantitativa ou qualitativa com o uso de escalas de autoavaliação ou heteroavaliação.

Para a avaliação dos sintomas será sempre de toda a utilidade, a utilização de um instrumento ou ferramenta que permita essa avaliação. Provavelmente, a escala mais popular e que mais frequentemente é utilizada na avaliação de sintomas é a ESAS. Esta consiste numa escala numérica de 0 a 10 para o doente avaliar um conjunto de sintomas físicos, psicológicos e a sua sensação global de bem-estar. Os sintomas que a ESAS avalia são a dor, o cansaço, as náuseas, a depressão, a ansiedade, a sonolência, o apetite, a sensação de bem-estar, a falta de ar e outro problema que pretenda referir. Para atingir um bom controlo sintomático esta deve ser utilizada apenas como uma parte de uma avaliação holística clínica, não basta aplicar apenas a escala.

No doente oncológico em Cuidados Paliativos os sintomas físicos estão normalmente relacionados com a patologia. De entre os mais frequentes destacam-se a dor, náuseas e vómitos, obstipação, insónia, anorexia, astenia e dispneia. No entanto, com a evolução da doença e num estadio mais terminal, podem surgir novos sintomas ou agudizar-se os já existentes. Para além dos sintomas físicos, importa avaliar e intervir nos sintomas do foro psicológico e espiritual. Muitas vezes a comunicação não-verbal é um aspeto muito importante a considerar. (Neto, 2010)

Seguidamente, apresentam-se alguns casos vivenciados relativamente ao controlo de sintomas.

Um doente acompanhado pela UAD do IPO, com tumor do reto, apresentava uma dor neuropática com episódios de dor moderada a intensa. Indo ao encontro das recomendações da escada analgésica da OMS, foi prescrito, primeiramente morfina de administração subcutânea mas a dor mantinha-se e, em equipa chegou-se à conclusão de iniciar um fármaco adjuvante - Gabapentina, assim, a dor diminuiu a intensidade e dias mais tarde acabou mesmo por desaparecer.

O alívio adequado da dor pode ser obtido usando meios simples, tais como fármacos opióides, fármacos não opióides e fármacos adjuvantes. A OMS desenvolveu uma escala analgésica de três degraus para guiar o uso sequencial de fármacos no tratamento da dor: 1º degrau onde devem ser usados os fármacos não opióides, como o paracetamol, metamizol magnésio, entre outros e são indicados para a dor ligeira; o 2º degrau onde devem ser usados os fármacos opióides fracos, como o tramadol, codeína, entre outros e são indicados para tratar a dor

moderada e o 3º degrau onde devem ser usados os fármacos opióides fortes, como morfina, fentanil, entre outros para tratar a dor severa. Em todos os degraus se podem associar fármacos adjuvantes que apesar de não serem considerados como analgésicos no sentido convencional, são usados para as síndromes álgicas difíceis de controlar, tais como a dor neuropática, dor de natureza mista (Ritto, 2012). Assim, no caso anteriormente descrito, foi possível verificar a aplicação do princípio da escada analgésica defendido pela OMS, controlando-se desta forma a dor do doente.

Ainda nesta unidade uma das doentes que recebemos para acompanhar no domicílio, com tumor no ovário, com dor a ser controlada com morfina de administração subcutânea, referia obstipação. A doente não estava a fazer nenhum laxante, uma vez que não tivera sido prescrito pelo médico que a acompanhava anteriormente. Pela teoria sabe-se que aquando da prescrição de opióides deve sempre associar-se a prescrição de um laxante. Pois, como afirma Ritto (2012), a obstipação induzida por opióides é um dos efeitos adversos mais comum. Posto isto, procedeu-se à prescrição de um laxante osmótico, neste caso a lactulose. No entanto, ao fim de três dias a utente continuava obstipada, optou-se então por associar um outro laxante, agora um laxante de contacto (bisacodil), mantendo na mesma o laxante osmótico (lactulose). No dia seguinte, a doente conseguiu evacuar, mantendo-se como forma de prevenção, de um outro episódio de obstipação, os 2 tipos de laxante.

Na UCCP do HP, vivenciei outra situação de necessidade de controlo de sintomas de uma doente com tumor do pulmão e que tinha frequentemente episódios de dispneia. A dispneia é uma sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória. Este é um sintoma que causa um particular sentimento de angústia no doente e família. À semelhança do que é descrito na literatura, a utilização de corticóides, de broncodilatadores e de opióides revelam grande utilidade no controlo deste sintoma (Ritto, 2012). Segundo a mesma autora, o opióide de eleição é a morfina e, portanto foi o que foi prescrito, com melhoria efetiva da situação. O que acabou por revelar uma crescente melhoria da qualidade de vida da doente.

Ainda na UCCP do HP, um doente com tumor do pâncreas, apresentava frequentemente náuseas e vómitos. A intervenção foi de encontro àquilo que defende Twycross (2003). Este defende que no primeiro degrau se encontram os antieméticos procinéticos (metoclopramida). No segundo degrau estão os antieméticos procinéticos (metoclopramida), um antiemético que atua na região quimiorreceptora (haloperidol), assim como de um antiemético antiespasmódico e antissecretório (butilescopolamina). No terceiro e último degrau está o uso do mesmo antiemético antiespasmódico e antissecretório (butilescopolamina) e um antiemético de largo espectro (levomepromazina). Em qualquer um destes degraus poderá estar associado um corticóide, em particular a dexametasona.

Neto (2010) acrescenta ainda um degrau intermédio, entre o primeiro e segundo, onde coloca os antieméticos procinéticos (metoclopramida) e antieméticos que atuam na região quimiorrecetora (haloperidol), sendo que só depois deste degrau se associa um antiemético antiespasmódico e antissecretório (butilescopolamina). O seu último escalão também é um pouco distinto, com a dexametasona, cisapride, levomepromazina e ondasetron. Portanto, tendo como base o que atrás foi descrito, iniciou-se metoclopramida e como os vômitos persistiam iniciou-se haloperidol, com efeito.

Este doente apresentava ainda como sintoma descontrolado a insónia, devido ao medo da noite. Nesta situação, para além de se implementarem medidas não farmacológicas como o não dormir durante o período diurno, o manter o horário de dormir, implementaram-se medidas farmacológicas como a administração de lorazepam ao deitar.

Em qualquer situação, depois da avaliação e de se decidir qual era a melhor intervenção face à situação, era explicado ao doente a medicação, os seus efeitos secundários e eram esclarecidas as dúvidas que surgissem, isto no contexto de internamento; no domicílio para além disto era entregue ao doente um esquema terapêutico. Neste contexto, pude fazer ensino ao cuidador sobre terapêutica subcutânea e respetivos cuidados durante a administração, já que seria este a administrar.

Nestas equipas aprendi e consolidei conhecimentos na área de controlo de sintomas, pois estas são equipas com grande experiência e formação na área. Um exemplo disso foi que na UCCP do HP os doentes que entravam por sintomas descontrolados, na maioria, não ficavam muito tempo internados, porque os sintomas era controlados rapidamente após a admissão. Na UAD do IPO o reflexo disso foi que as idas à urgência hospitalar no horário de não funcionamento da unidade foram muito poucas.

O controlo sintomático é meta prioritária a atingir, pois o descontrolo sintomático inviabiliza que o doente possa encontrar sentido e qualidade de vida. No entanto, o controlo sintomático não deve ser sobrevalorizado pois é tão importante como o apoio à família, a comunicação e o trabalho em equipa, trata-se apenas de uma questão de prioridade temporal no plano de intervenção.

➤ **Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática dos CP**

O respeito inalienável pela vida humana em qualquer etapa é dos valores fundamentais que deverão ser salvaguardados pelos enfermeiros. Este imperativo ético torna-se mais evidente quando estamos diante de pessoas vulneráveis como são os doentes que se encontram na fase terminal. Neste contexto, é importante, por parte dos enfermeiros, o desenvolvimento de uma consciência ética que permita um processo certo de tomada de decisão. A Ética diz respeito ao conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e justificam eticamente os atos humanos que podem ter efeitos irreversíveis sobre os fenómenos vitais. (Kottow, 1995)

Diversos autores, entre os quais Neto (2010) e Twycross (2003) referem que qualquer profissional de saúde deverá reger a sua intervenção e atuação por quatro princípios considerados fundamentais: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Abordar-se-ão seguidamente cada um deles:

- *Princípio da Autonomia* - reconhece ao doente o direito de ser ele próprio a tomar as suas decisões, com a transmissão de toda a informação necessária à compreensão do problema. (Cavaliere (2001), Calman *in* Doyle *et al* (2004) e Taboada *in* Bruera *et al* (2006)). Este está na base do consentimento informado, que é bem mais do que uma obtenção de autorização.
- *Princípio da Beneficência* - prevê que tudo seja feito no sentido daquilo que será o melhor para o doente ((Cavaliere,2001; Calman *in* Doyle *et al* (2004), Taboada *in* Bruera *et al* (2006) e Antunes *in* Serrão e Nunes (1998)).
- *Princípio da Não Maleficência* - prevê que os profissionais não inflijam dano ao doente. ((Cavaliere (2001), Taboada *in* Bruera *et al* (2006), Calman *in* Doyle *et al* (2004) e Antunes *in* Serrão e Nunes (1998)).
- *Princípio da Justiça* - exige equidade na prestação de cuidados de saúde, assumindo a necessidade de uma justa distribuição dos recursos e ofertas de saúde. ((Cavaliere (2001), Calman *in* Doyle *et al* (2004) e Antunes *in* Serrão e Nunes (1998)). No entanto, ainda nem todas as pessoas podem ter acesso aos Cuidados Paliativos. Ao analisarmos geograficamente as unidades de Cuidados Paliativos existentes em Portugal, constatamos facilmente que não se encontram distribuídas de forma equitativa. (Capelas, 2009).

Estes princípios – autonomia, beneficência, não maleficência, justiça - não possuem uma ordem hierárquica particular, devendo ser interpretados casuisticamente, de acordo com cada circunstância (Antunes in Serrão e Nunes, 1998).

Ao longo desta prática clínica não estive presente em nenhuma situação que constituísse um dilema ético.

➤ **Desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes equipas de CP, em regime de internamento ou de apoio domiciliário**

O PNCP (2004) preconiza os diferentes níveis de diferenciação de unidades de CP e para poder dar resposta a este desafio foi criado pelo Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho a - RNCCI - que tem por objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados, incluindo a prestação de Cuidados Paliativos, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Isto possibilita o aparecimento de novas unidades e equipas de CP e aqui os cuidados prestados podem ser proporcionados de acordo com tipologia distintas: unidades de internamento, equipas de suporte intra-hospitalares e equipas de suporte comunitárias. Estas equipas criadas ainda têm a possibilidade de se articularem com unidades de dia, equipas de gestão de altas e equipas de cuidados continuados integrados.

A equipa de Cuidados Paliativos domiciliários são parte integrante de um programa de Cuidados Paliativos e estas garantem uma adequada resposta às necessidades dos doentes e famílias, visto permitirem que os cuidados em fim de vida sejam prestados no local habitualmente mais escolhido pelos doentes, a sua casa. Para isso é necessário segundo TWYXCROSS (2001):

- Enfermeiros que possam visitar o doente pelo menos uma vez por dia;
- Um médico disponível;
- Capacidade da equipa responder a novos problemas e a garantia de um internamento rápido, se for necessário;
- Um cuidador principal que tenha capacidade de se adaptar a uma doença grave.

Wenk in Bruera et al (2006) refere que as principais vantagens dos CP no domicílio são: a autonomia dos doentes; a sua privacidade; a própria proteção para com medidas mais invasivas e desnecessárias; o manter o seu papel social e familiar, o dispor do seu tempo, não

necessitando de mudar os seus hábitos na última etapa da vida; o manter a sua intimidade e atividades, bem como permanecer junto dos seus objetos e recordações e ainda o menor desconforto com a morte num local que é familiar. No entanto, este mesmo autor também menciona algumas desvantagens como: a própria família sofre com as alterações físicas e comportamentais do doente, experienciando um sem número de emoções negativas (ansiedade, medo, culpa ou raiva), podendo mesmo desenvolver distúrbios psicológicos; a diminuição do número de horas de sono, de outras atividades e ainda um importante acréscimo económico, com medicação ou com a contratação de cuidadores externos; o doente viver sozinho e não ter um apoio familiar ou de amigos; os familiares e restantes cuidadores estarem exaustos ou não possuírem competência para desempenhar esse papel; a própria casa não possuir as condições necessárias; uma grande e frequente necessidade de cuidados médicos e de enfermagem ou não existir um apoio hospitalar próximo.

Reconheci a grande importância da prestação de Cuidados Paliativos no domicílio ao estagiar na equipa da UAD do IPO.

O “passar” pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) foi outra oportunidade enriquecedora. As equipas de nível I, intra-hospitalar, tal como a EIHSCP, têm como função prestar aconselhamento diferenciado em Cuidados Paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para o qual seja solicitada a sua atuação. (Floriani,2006; Temmink, 2000; Neto,2004, Agostinho,1988, Bernardo, 2000). Estas promovem melhoria do controlo sintomático, reduzem os tempos de internamento e promovem uma adequação das terapêuticas e exames complementares às necessidades do doente, facilitando uma clara eficiência e redução de custos hospitalares. Permite, por outro lado, enfatizar e propor respostas às necessidades psicossociais e espirituais dos doentes e das suas famílias (Capela, 2010 e ANCP, 2006). As Equipas Intra-hospitalares têm ainda um papel determinante na sensibilização e na formação de outros técnicos para a prática dos Cuidados Paliativos.

Em caso de não referenciação à EIHSCP, esta não dá suporte, nem opina ou sugere sobre decisões clínicas que estão a ser tomadas para o doente. Quando há referenciação, por vezes, debate-se o problema de que as recomendações sugeridas pela equipa nem sempre são assumidas e seguidas pelos profissionais dos serviços onde os doentes se encontram internados.

De acordo com o PNCP (2010), as EIHSCP são equipas multidisciplinares, incluem um médico e um enfermeiro com formação diferenciada em Cuidados Paliativos, apoio

psiquiátrico / psicológico, apoio fisiátrico / fisioterapeuta, apoio espiritual, apoio social e secretariado próprio. Nos hospitais de maior dimensão pelo menos um dos médicos e um dos enfermeiros da equipa intra-hospitalar deverão ter a sua atividade institucional baseada na equipa, de modo a permitir uma efetiva disponibilidade e o desenvolvimento estruturado dos cuidados. Os apoios complementares (psicológico e outros) podem não ter dedicação completa à equipa mas devem ter sempre funções e disponibilidades bem programadas.

Ao longo deste estágio, consegui desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes equipas de CP, percebendo a importância, vantagens e desvantagens de cada uma delas. O importante a reter em cada uma, é que independentemente das suas vantagens e desvantagens, a pessoa deve ser acompanhada de modo a manter a sua dignidade, alívio do sofrimento e aumentar a sua qualidade de vida, pois como afirma Neto (2010) “o doente tem direito quer no domicílio, quer no hospital a cuidados de saúde que respondam às suas necessidades específicas e adaptadas à sua situação de doença”. Desta forma alcancei este objetivo com sucesso.

➤ **Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de estágio clínico, mediante a elaboração de um relatório final e da construção de um plano de implementação de uma equipa de CP**

Ao fazer o balanço do trabalho desenvolvido durante este período de tempo, realço diversos pontos fortes que me permitiram desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais. Ao longo de todo o estágio, as equipas prezaram sempre pela sua coesão, pela sua iniciativa em ações como as conferências familiares, as reuniões multidisciplinares para debater os casos clínicos em equipa, contribuindo não só para o enriquecimento da equipa interdisciplinar, mas principalmente para a prestação de cuidados em equipa mais efetiva, com o intuito de maximizar o bem-estar dos doentes e famílias/cuidadores. O caminho percorrido teve como objetivo alcançar a excelência do cuidar. A ação de cuidar desenvolvida, desde o início, apoiou-se em conhecimentos sólidos e refletiu um processo reflexivo, criativo e ético. O processo de decisão clínica e as ações subsequentes foram fundamentados com base na evidência científica. Adquiri, assim, uma perspetiva global de cuidados nos 4 pilares dos CP: trabalho em equipa, comunicação, apoio à família e controlo de sintomas.

A realização deste estágio permitiu-me, então, vivenciar realidades tão próximas e tão distantes da minha que me trouxe novos conhecimentos, permitiu-me sintetizar, analisar e refletir sobre as práticas já realizadas e as aprendidas e o seu contributo para o aumento do meu potencial humano e profissional, tornando-me a cada passo deste novo percurso mais capacitada para as novas competências que futuramente serão exigidas, mas também mais consciente das minhas limitações, pequenez e finitude.

PARTE II - Projeto de Intervenção

De acordo com a Adenda ao Regulamento do Mestrado em CP, pretende-se que deste Relatório faça parte uma descrição do Projeto de Intervenção desenvolvido no serviço onde o aluno desempenha as suas funções. Assim sendo, o Projeto de Intervenção foi desenvolvido na UCP da CS. Descrevo ainda nesta parte todas as atividades desenvolvidas na UAD do IPO e na UCCP do HP que me permitiram alcançar os objetivos específicos propostos no Projeto para a Prática Clínica.

1. Área - Problema/Justificação do Tema/ Objetivos do Projeto de Intervenção/Plano Estratégico-Pedagógico

1.1. Área - Problema

Nos últimos anos, tem-se dado uma grande importância ao impacto do trabalho na saúde física e mental do ser humano, pois, os contextos laborais, na sua maioria, são considerados frios, exigentes e direcionados principalmente para o alcance dos objetivos operacionais de produtividade das organizações. Este contexto acaba por pressionar emocional e psicologicamente os colaboradores, o que pode contribuir para o surgimento do síndrome de *Burnout*. Este síndrome pode conduzir ao surgimento de problemas de insatisfação e de realização pessoal e laboral, ao desinteresse e à desmotivação, à exaustão emocional e física que, no seu conjunto, podem colocar em causa o funcionamento da própria instituição, a prestação dos cuidados de saúde e a qualidade do técnico enquanto profissional-pessoa. Deste modo, é necessário que os enfermeiros tenham consciência de tal realidade para desenvolverem e adotarem técnicas de prevenção da mesma.

1.1.1. *Burnout*: Definição

O termo *Burnout* é, segundo Shaufeli (1999) "uma metáfora que descreve um estado de esgotamento, semelhante ao esmorecer de uma fogueira ou ao extinguir de uma vela". Este termo foi utilizado pela primeira vez em 1969 por Brandley, em funcionários da justiça, mas ficou conhecido a partir de 1974, através de Freudenberger. Este último observou uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenho nos voluntários com quem trabalhava em

unidades de saúde. Segundo este autor, tratava-se de gente idealista, que acabava cansada, desesperada e que no final necessitava mais de ajuda do que aqueles que cuidavam (Castro, 2004). Freudenberger, nesta altura, definiu então *Burnout* como *um estado de fadiga ou frustração que se produz pela dedicação a uma causa, forma de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas* (Martín, 2001).

Muitos outros autores debruçaram-se sobre este conceito, surgindo múltiplas definições do mesmo. Maslach (1987) afirmou ainda que, a característica principal deste síndrome concentra-se na mudança, ou seja, na forma como se encara os outros e o trabalho, passando de uma postura positiva e preocupada a uma forma negativa e negligente. Gradualmente, o sentimento de entusiasmo, dedicação e prazer com o trabalho é substituído por sentimentos de raiva, ansiedade e depressão, fazendo com que o indivíduo acredite estar a viver uma crise pessoal (Maslach & Leiter, 1997). De acordo com a perspetiva de Maslach e seus colaboradores, o síndrome de *Burnout* inclui três dimensões básicas na sua conceção:

- **Exaustão emocional** - refere-se à perda ou desgaste de recursos emocionais e ao sentimento de que nada se tem para oferecer aos outros. É a componente fundamental e mais importante do *Burnout* e pode ter manifestações físicas e psíquicas;
- **Despersonalização** - indica o desenvolvimento de atitudes negativas e insensíveis para com os destinatários ou recetores dos serviços que se prestam.
- **Falta de realização pessoal** - é a perceção da impossibilidade de realização pessoal no trabalho, o que provoca uma diminuição das expectativas pessoais, implicando uma autoavaliação negativa, onde se inclui a não-aceitação de si próprio, assim como sentimentos de fracasso e baixa de autoestima.

Em 1981, Maslach e Jackson, em busca de uma definição focada nos componentes principais do fenómeno, consideram-no como uma *resposta inadequada a um stress emocional crónico* que leva o indivíduo ao:

- Esgotamento físico e/ou psicológico, traduzido por um cansaço emocional, com a sensação de não poder dar mais de si;
- Desenvolvimento de atitudes frias e despersonalizadas contra os doentes e membros da equipa, demonstrando-se como um profissional cínico, distante e culpando-os pelos seus problemas, de forma a poder aliviar a tensão experienciada;
- Sentimento de incompetência, inadequação pessoal e profissional no local de trabalho, que surgem ao verificar que as exigências excedem a capacidade para as entender.

De acordo com Gil-Monte (2008) este síndrome não surge unicamente nos contextos de trabalho e nas sociedades consideradas do primeiro mundo, apesar dos estudos realizados se concentrarem mais nestes contextos. Porém, esta síndrome é uma patologia geográfica e culturalmente mais vasta, que ocorre em vários países e culturas, podendo assim considerar-se como uma ocorrência transcultural. Relativamente aos aspetos epidemiológicos, a prevalência do *Burnout* varia entre 4% a 85.7%, dependendo da população em estudo (Trigo, 2007).

1.1.2. *Burnout*: Manifestações Clínicas

Benevides-Pereira (2003) caracterizam o síndrome de *Burnout* pela presença de quatro tipos de sintomas:

1. Os sintomas físicos: sensação de fadiga progressiva e constante, distúrbios do sono, dores musculares ou ósseas, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, perturbações do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres.
2. Os sintomas psíquicos: falta de atenção e de concentração, alterações de memória, sentimentos de alienação, solidão, impaciência, desânimo, depressão e desconfiança.
3. Os sintomas comportamentais: irritabilidade, agressividade, incapacidade em relaxar, dificuldade em aceitar mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco e aumento da probabilidade de suicídio.
4. Os sintomas defensivos: tendência ao isolamento, sentimentos de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, insónias e cinismo.

Por outro lado, Queirós (2005) define outras classificações, agrupando os sintomas em cinco categorias, sendo que este autor considera que estes sintomas surgem a nível individual, interpessoal e a nível organizacional.

- **Quanto aos sintomas afetivos:**

A nível individual: humor depressivo, estado choroso, exaustão emocional, humor instável, diminuição do controlo emocional, medo indefinido, aumento da tensão e ansiedade.

A nível interpessoal: irritabilidade, frio e sem emoções, falta de empatia emocional com os “recetores”.

A nível organizacional: insatisfação no trabalho.

- **No que respeita aos sintomas cognitivos:**

A nível individual: falta de energia, perda de significado e de esperança, medo de ficar louco, sentimentos de impotência, sentimentos de insucesso, baixa autoestima, culpa, ideias suicidas, incapacidade de concentração, dificuldades com tarefas complexas, pensamento rígido e esquemático, dificuldade em tomar decisões, fantasiar e sonhar acordado, diminuição da tolerância à frustração.

A nível interpessoal: cínica e desumana perceção dos “recetores”, negativismo e pessimismo em relação aos “recetores”, diminuição da empatia com os “recetores”, criar estereótipos acerca dos “recetores”, colocar etiquetas pejorativas nos “recetores”, culpabilizar, aparência de grandiosidade, aparência de retidão, “martírio”, hostilidade, suspeição, projeção.

A nível organizacional: cinismo acerca das tarefas no trabalho, sentimentos de que não é apreciado e desconfiança na direção, colegas e supervisores.

- **Face aos sintomas físicos**

A nível individual: enxaquecas, náuseas, tonturas, agitação, tiques nervosos, dores musculares, problemas sexuais, distúrbios do sono (insónias e dormir excessivo), perda súbita ou ganho de peso, perda de apetite, aumento da tensão pré-menstrual, perda de ciclos menstruais, fadiga crónica, exaustão física, hiperventilação, fraqueza física, úlceras, perturbações gastrointestinais, constipações frequentes e prolongadas, lesões por comportamentos de risco, aumento do risco de problemas cardíacos, hipertensão, aumento de problemas dérmicos, aumento dos níveis de colesterol sérico.

A nível interpessoal e a nível organizacional: quanto a estes, o autor não faz referência.

- **Em relação aos sintomas comportamentais:**

A nível individual: hiperatividade, impulsividade, aumento do consumo de substâncias, adiar coisas e tarefas, comportamentos de alto risco, aumento de acidentes, abandono de atividades recreativas e queixas compulsivas.

A nível interpessoal: violentas explosões, propensão para comportamentos violentos e explosivos, agressividade com os “recetores”, conflitos interpessoais, isolamento e afastamento social, indiferença relativamente aos “recetores”, isolamento do resto dos colegas, humor aborrecido acerca dos “recetores”, expressões de desespero, abandono e sem significado próximo dos “recetores”.

A nível organizacional: redução da eficiência, baixo rendimento no trabalho, baixa produtividade, falta de pontualidade, aumento de ausências sem autorização, absentismo, roubo, resistência à mudança e dependência dos supervisores.

- **Relativamente aos sintomas motivacionais:**

A nível individual: perda de entusiasmo, perda de idealismo, desilusão, resignação, desapontamento, aborrecimento e desmoralização.

A nível interpessoal: perda de interesse, desânimo, indiferença relativamente aos “receptores”, utilizar os “receptores” para as suas necessidades pessoais e sociais.

A nível organizacional: perda de motivação para trabalhar, resistência na ida para o trabalho, diminuição da iniciativa no trabalho e baixa moral.

1.1.3. **Burnout: Causas**

Maslach (1997) refere que quanto maior for o desfasamento entre o sujeito e o trabalho, mais elevado é o risco de desenvolver este síndrome. Os autores identificaram seis fontes de *Burnout* que contribuem para o desfasamento entre a pessoa e o trabalho: sobrecarga de trabalho, controlo, recompensa, comunidade, justiça e valores.

- Sobrecarga de trabalho: é geralmente encontrada como sendo uma carga de trabalho excessiva. Por um lado pode ocorrer por excesso de volume de trabalho, por outro lado, pode ocorrer quando os indivíduos estão no trabalho errado ou quando não possuem as habilidades para um determinado trabalho ou até quando lhes são exigidas emoções incompatíveis com os seus sentimentos.
- Falta de controlo: Os indivíduos que não são envolvidos ao nível das decisões inerentes à sua prática profissional, podem enfrentar uma crise de controlo. Esta falta de controlo, na maioria das vezes, indica que os indivíduos não têm autonomia para resolver os seus problemas ou para fazer as suas escolhas de modo a contribuir para alcançar os resultados pelos quais poderão ser responsabilizados mais tarde.
- Sentimento de recompensa insuficiente: esta situação ocorre quando os indivíduos creem que não estão a ser devidamente recompensados face ao seu desempenho. Quer monetariamente quer a nível de reconhecimento social.
- Ausência de comunidade: ocorre quando os indivíduos perdem o senso de ligação positiva com os outros no local de trabalho.

- Falta de justiça: a falta de justiça e de respeito entre colegas que trabalham juntos influencia negativamente o bom ambiente no trabalho. As situações de injustiça podem ocorrer quando há desigualdade na carga de trabalho ou de vencimentos. Assim, quando existem salários desiguais para o mesmo cargo, ascensão de colegas sem merecimento e desigualdade na carga de trabalho, perde-se a confiança nessa organização (Maslach, 1997).
- Conflito de valores: o conflito de valores pode ocorrer quando existe um conflito entre as exigências da profissão e os princípios e valores do próprio indivíduo. Os indivíduos podem sentir-se constrangidos quando têm de realizar algo que não se enquadra com os princípios da ética e com os seus próprios valores. Os conflitos de valores também podem ocorrer quando as aspirações pessoais não acompanham os valores da organização ou quando a qualidade de atendimento colide com a contenção de custos da organização.

A maioria dos autores que desenvolvem os seus estudos em redor do fenómeno *Burnout* divide os fatores que estão na sua génese em quatro categorias: fatores pessoais ou de personalidade, fatores sociodemográficos, fatores profissionais e fatores institucionais/organizacionais.

Segundo, Abalo (1999); Dunwoodie (2007), os fatores pessoais ou de personalidade que podem potenciar o desenvolvimento do síndrome de *Burnout* dizem respeito a:

- Acontecimentos stressantes na vida pessoal ou profissional, em particular os não resolvidos;
- Situações de lutos não resolvidos;
- Personalidade empática, sensível, humana, idealista, altruísta, obsessiva, entusiasta e suscetível de identificar-se com os outros;
- Estratégias de *coping* pouco desenvolvidas;
- Excesso de motivação, idealismo e perfeccionismo;
- Diminuição da autoestima e da autoconfiança;

Segundo Abalo (1999); Pereda – Torales (2009); Dunwoodie (2007); os fatores sociodemográficos dizem respeito ao género (o sexo feminino é mais propenso que o masculino, devido a fatores psicológicos e culturais); ao estado civil e existência de filhos (solteiros e sem filhos experienciam níveis mais elevados de *Burnout*), à idade (os mais jovens experienciam maiores níveis de *Burnout* por inexperiência e falta de estratégias de

coping adequadas), à antiguidade no posto de trabalho e na profissão (indivíduos mais velhos experienciam menos *Burnout* por aumento da satisfação laboral e aumento da efetividade das estratégias de *coping*).

Garcia (2008); Abalo (1999); Ríos- Castillo (2007); Pereira (2011); Dunwoodie (2007); Albaladejo (2004) entre outros consideram que os fatores profissionais que podem facilitar o desenvolvimento do síndrome de *Burnout* são: baixo nível de satisfação laboral; falta de treino/formação avançada; falta de reconhecimento pelo seu trabalho; conflitos na equipa e falta de coesão de grupo; má qualidade das relações da equipa, nomeadamente no relacionamento com chefia, colegas e subordinados; problemas de comunicação dentro da equipa; ambiguidade e conflito de papéis; indefinição de funções.

Os mesmos autores consideram que os fatores institucionais/organizacionais associados ao desencadeamento do síndrome de *Burnout* relacionam-se com: dotação inadequada de recursos humanos, originando sobrecarga laboral; ausência de tempo livre, de pausas e de férias; pressão assistencial; padronização de procedimentos; longas jornadas de trabalho e turnos rotativos; escassez de recursos humanos e materiais; falta de autonomia; falta de participação no planeamento e tomada de decisão; falta de apoio social, emocional e institucional; pressões burocráticas; insatisfação com o estilo de liderança, a gestão e a supervisão; baixas probabilidades de promoção e de formação e inadequado ambiente físico (ruído, iluminação, temperatura, higiene, toxicidade, disponibilidade de espaço).

1.1.4. *Burnout*: Nos Enfermeiros

Murofuse (2005) refere que a Enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais stressante, no sector público. Queirós (2005) num estudo realizado com enfermeiros portugueses encontrou elevados níveis de *Burnout*, sobretudo na dimensão exaustão emocional com 27% e no cinismo/despersonalização com 16%.

Segundo Vives (1994) é possível associar ao *stress* entre os enfermeiros os seguintes fatores:

- *Ambientais*: relacionados com o tipo de unidade e condições físicas; estado dos pacientes e tipo de cuidados; exposição pessoal a perigos físicos; exigências de preparação e especialização.

- *Relacionais*: relacionados com as relações com superiores, subordinados e colegas; receção de ordens contraditórias; falta de confiança; restrição da autonomia pessoal e falta de informação médica.
- *Organizativos e burocráticos*: relacionados com a ausência de organização e má distribuição de tarefas; excessiva carga de papéis a preencher; horário inflexível e sobrecarregado e aumento de responsabilidades administrativas.
- *Profissionais e inerentes ao desempenho*: relacionados com a perceção de não estar preparado profissionalmente; medo da morte; lidar constantemente com o sofrimento e a morte dos outros; medo de errar; pacientes agressivos, exigentes e não colaborantes; tarefas ingratas, pesadas e repetitivas; tarefas ambíguas e conflituosas, promoção excessiva ou insuficiente; ambições profissionais frustradas e vencimentos baixos.
- *Relacionados com a pressão e exigência*: como a escassez de pessoal; imposição de prazos; pouco tempo para as obrigações mais gratificantes; pressão e exigências dos familiares.

1.1.5. Burnout: Nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos

Numa Unidade de Cuidados Paliativos, para além de todos estes agentes stressores a que os enfermeiros poderão estar sujeitos no exercício da sua profissão, vários autores são unânimes em considerar que os profissionais desta área do cuidar, estão sujeitos ao grande desafio de trabalhar de forma próxima e intensa com o doente terminal, respetivas famílias e com a morte (Maia, 2000).

Outro agente de stress que é identificado na maior parte das vezes como um problema transversal aos enfermeiros que lidam com os doentes terminais, é a interação/comunicação com a família do doente. Esta interação/comunicação encontra-se, muitas vezes, carregada emocionalmente e acompanhada de sentimentos de tensão e ansiedade. Nestas condições, a relação interpessoal constitui uma fonte quase constante de stress, que quando prolongado no tempo acaba por evoluir no desenvolvimento do *Burnout* (Sá, (2008).

O contacto com a morte é uma outra realidade diária importante que os enfermeiros em Cuidados Paliativos vivenciam e que constitui igualmente um importante agente de stress. Na verdade, Vieitas (1995) afirma que “o convívio diário com situações dramáticas de sofrimento e morte geram elevados níveis de stress”. Oliveira (2008) demonstra que os fatores de stress relacionados com a morte são os seguintes: exposição repetida à morte, envolvimento em conflitos emocionais, adaptação à inexistência de cura médica, absorção da

mágoa expressa pelos familiares e desafios às crenças pessoais. A observação da morte do outro levanta interrogações sobre a própria morte. E, muitas vezes a morte é privada, sendo suprimida pelas rotinas institucionais o que contribuiu para que os sentimentos dos profissionais sejam ignorados, existindo pouco ou mesmo nenhum espaço para os que se encontram em luto expressem como se sentem.

Para além da morte, ainda é importante destacar as perdas múltiplas a que os enfermeiros estão sujeitos nestas unidades, como a perda da relação com determinado doente, perda devido à identificação com a dor da família, perda face as expectativas, perda relacionada com as crenças e conceções sobre a vida, perdas não resolvidas, antecipação de perdas futuras e a morte do próprio, entre outras (Neto, 2010).

Ainda que o exercício da profissão de enfermagem requeira boa saúde física e mental, raramente os enfermeiros recebem a proteção social adequada para o seu desempenho. Soma-se a isto o fato de que nas organizações que prestam assistência à saúde na atualidade, submetem os trabalhadores aos princípios administrativos “tayloristas”, mesma lógica capitalista que prioriza os aspetos económicos da instituição, em detrimento das necessidades dos trabalhadores. Por isso, é importante estarmos atentos, enquanto profissionais de saúde, e desenvolvermos estratégias de prevenção e/ou tratamento do *Burnout*.

1.1.6. *Burnout*: Intervenção/ Prevenção

Ao longo do trabalho verificou-se que são diversos os fatores que influenciam o desenvolvimento do *Burnout*. Tendo em conta isto, enumerar-se-ão seguidamente, diversas estratégias de intervenção, umas focam-se no tratar o *Burnout* após a sua ocorrência, outras centram-se na sua prevenção.

Segundo Rooger (1993), a primeira forma de prevenção é ensinar os indivíduos a reconhecer os primeiros sinais de tensão, com o objetivo de detetar precocemente o problema para poderem recorrer à ajuda necessária. Gil-Monte (2003) afirma que as estratégias de prevenção e tratamento do *Burnout* podem ser agrupadas em três categorias: individuais, profissionais e organizacionais.

○ Estratégias a nível individual

Abalo (1999); Penson (2000); Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (1999); Arranz (1996); Pereira (2011); Cavaleiro (2010) identificam várias estratégias individuais, tais como:

- Monitorizar e reconhecer os sintomas precocemente;
- Promover uma alimentação equilibrada;
- Praticar exercício físico regular;
- Praticar técnicas de relaxamento;
- Manter atitude positiva e sentido de humor;
- Respeitar os períodos de descanso durante os turnos;
- Promover períodos de descanso e sono adequados;
- Manter a espiritualidade (introspeção, meditação, reflexão). Lourenço (2006) acredita que para o enfermeiro ajudar os doentes é necessário que promova a sua própria saúde espiritual;
- Promover o contacto com a natureza;
- Realizar distrações extralaborais: arte, leitura, escrita, música, cozinha, jardinagem;
- Promover e vigiar a saúde;
- Promover o relacionamento com a família e amigos;
- Resolver efetivamente os lutos e as perdas;
- Realizar formação em resolução de problemas e em gestão do tempo;
- Solicitar apoio psicológico e social;
- Reconhecer o trabalho do outro e fazer reforços positivos ao colega relativamente a esse mesmo trabalho;
- Ser flexível e encarar os problemas como oportunidades;
- Desenvolver intervenções centradas no controlo pelo *coping*. Ao escapar das estratégias de *coping*, ao ignorar os problemas ocupacionais ou abusar de dias de doença, pode agravar o *Burnout* em algumas circunstâncias. As estratégias de fuga podem proporcionar um alívio temporário, embora não devolvam um sentido de controlo perante as exigências;
- Frequentar cursos sobre a gestão do stress, onde a partilha de experiências e a compreensão mutua de sentimentos, podem constituir estratégias muito úteis;
- Sorrir. Múltiplos autores consideram o sorrir como mais um mecanismo individual de defesa quando contactamos com os doentes. Para Pereira (2008) o homem age e modifica constantemente o mundo em que está inserido, controlando estímulos,

selecionando reforços, extinguindo ou aumentando diversas formas de comportamento. Assim sendo, todo o indivíduo socialmente hábil possui a capacidade para expressar sentimentos positivos e negativos num contexto interpessoal. Sorrir – sentimento positivo atrai sentimento positivo.

- Desenvolver a resiliência. De acordo com Rutter (1985) e Ablett (2006), a promoção da resiliência não conduz a um evitamento do stress, mas em vez disso o confronto com o stress em determinados momentos é uma forma que permite alcançar autoconfiança e competência social para aumentar o controlo da situação e de responsabilidade necessária;
- Narrar experiências difíceis ou mesmo traumáticas pode ajudar a integrá-las e a superá-las, prevenindo desta forma o *Burnout* (Neimeyer, 2005).

○ **Estratégias a nível profissional**

Os mesmos autores definem como estratégias a nível profissional, as seguintes:

- Ser honesto consigo mesmo, saber perdoar e perdoar-se;
- Aprender a gerir os conflitos. Na redução do conflito os autores referem que as abordagens individuais para tratar o *Burnout* são limitadas pela inerente interdependência entre os trabalhadores que constituem a equipa de trabalho. Os colegas de trabalho dependem uns dos outros para executar, até um certo nível e até um certo tempo, um nível de qualidade esperado;
- Aprender a expressar sentimentos, medos e frustrações;
- Saber aceitar os seus limites e os dos outros;
- Estabelecer limites, objetivos e expectativas realistas em relação aos doentes e colegas;
- Promover a comunicação eficaz;
- Promover os relacionamentos com a equipa, o apoio interdisciplinar, a camaradagem;
- Fomentar o sentido de pertença e o espírito de equipa;
- Fomentar o apoio social entre colegas e chefes. De acordo com Roger (1993), o suporte social é uma rede de relações interpessoais onde há liberdade para se dizer aquilo que se sente, ocorrendo a possibilidade de se ser ouvido, numa base de confiança mútua. Garcia (1990) considera que uma boa utilização do sistema de apoio social pode prevenir efetivamente o *Burnout*;
- Promover reunião diária da equipa, com partilha entre pares;

- ☐ Promover reunião multidisciplinar regular para discutir e partilhar com os colegas problemas comuns;
- ☐ Organizar atividades sociais e de recreação em equipa, fora do contexto de trabalho;
- ☐ Estabelecer pausas durante a jornada de trabalho;
- ☐ Aumentar a competência profissional através da investigação e formação contínua;
- ☐ Promover *workshops* sobre gestão do stress e formação em treino de técnicas de comunicação;
- ☐ Saber pedir ajuda e saber oferecê-la;
- ☐ Solicitar apoio psicológico (individual ou em grupo) aos colegas ou a elementos externos à equipa.

○ **Estratégias a nível organizacional:**

Queirós, 2005; Rodrigo 1995, Pereira (2008); Cavaleiro (2010) entre outros autores, enumeram as seguintes estratégias a nível organizacional:

- ☐ Aumentar as condições de trabalho atrativas e gratificantes;
- ☐ Flexibilizar os horários;
- ☐ Privilegiar o trabalho em equipa;
- ☐ Promover locais de trabalho agradáveis;
- ☐ Promover dotações de recursos humanos adequadas;
- ☐ Implementar sistemas de avaliação justos;
- ☐ Promover a participação na tomada de decisões laborais;
- ☐ Promover oportunidades de promoção;
- ☐ Investir na formação e treino contínuos;
- ☐ Selecionar os colaboradores de acordo com a sua formação;
- ☐ Diminuir a burocracia;
- ☐ Clarificar as funções e papéis de cada funcionário;
- ☐ Promover um estilo de liderança eficaz;
- ☐ Respeitar os tempos de pausa durante a jornada de trabalho e respeitar os períodos de férias e de descansos semanais;
- ☐ Criar fóruns de discussão dos problemas institucionais;
- ☐ Clarificação da missão e objetivos.

As estratégias organizacionais são mais efetivas, porque qualquer mudança é mais duradoura quando é incorporada nos procedimentos e estruturas da organização. No entanto, estas são mais difíceis de implementar porque a efetividade das intervenções requerem uma base cooperativa de esforços através de numerosos sectores da organização.

Assim, a abordagem multidimensional do processo de *Burnout* implica que, as intervenções destinadas a reduzir o *Burnout* sejam planeadas e concebidas de acordo com o componente do *Burnout* ao qual se dirigem, ou seja, mais do que praticar uma abordagem geral, pode ser mais efetivo considerar o modo de diminuir a probabilidade de ocorrência da exaustão emocional, de prevenir a tendência à despersonalização ou de aumentar o sentimento de desempenho do indivíduo.

1.2. Justificação do tema

Aquando da realização do Projeto para a Prática Clínica, a minha perceção na equipa onde presto funções, face ao síndrome de *Burnout* era muito positiva, uma vez que, a generalidade dos enfermeiros não apresentava sinais e/ou sintomas da existência deste síndrome. Esta situação, associei, na altura, ao facto de se tratar de uma equipa multidisciplinar coesa e funcional; com pontos fortes (grande base de conhecimentos na área, grande capacidade de intervenção, humor presente, satisfação na prestação dos cuidados) e com oportunidades (reconhecimento familiar, incentivo à formação constante). Ainda assim, nunca exclui o facto de esta ser uma equipa constantemente exposta aos agentes stressores psicossociais inerentes ao ato de cuidar; com pontos fracos (medos, insegurança por parte de alguns elemento) e com ameaças, existindo sempre o risco de desenvolvimento do síndrome de *Burnout*. Nesta sequência, considerei que nunca seria demais prevenir o aparecimento do mesmo. Foi neste sentido, que achei pertinente a escolha do tema “*Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos” para o meu Projeto de Intervenção.

1.3. Objetivos do Projeto de Intervenção

A realização deste Projeto de Intervenção compreendeu um conjunto de objetivos, tais como:

- Realizar uma formação sobre “*Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos” para todos os enfermeiros da UCP, de modo a sensibilizá-los relativamente ao tema;

- Despertar nos enfermeiros a importância de conhecerem as manifestações clínicas do *Burnout*, as causas que levam ao surgimento do mesmo, bem como as estratégias de prevenção/tratamento;
- Incentivar os enfermeiros a adotarem estratégias de prevenção/tratamento do *Burnout*, através da elaboração de um Programa de Atividades para a Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”;
- Dar a conhecer aos enfermeiros, a existência ou não de *Burnout* na equipa de enfermagem, através da aplicação da escala de avaliação do *Burnout*: Maslach *Burnout* Inventory - Human Services Survey - MBI-HSS e do Indicador de Qualidade “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”;
- Contribuir para a UCP da CS com material – escala de avaliação do *Burnout* – MBI-HSS; Indicador de Qualidade “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos” e com um Programa de Atividades para a Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos; ficando responsável pela utilização dos mesmos, depois de terminar a prática clínica.

1.4. Plano Estratégico-Pedagógico

1.4.1. Planeamento/Execução/Avaliação

O meu projeto de intervenção englobou 3 partes:

1ª PARTE - Aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional aos enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos, e a aplicação de uma escala de avaliação do *Burnout* - MBI-HSS em conjunto com um Indicador de Qualidade “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”, antes da concretização do plano de formação (3 de Maio de 2013).

2ª PARTE - Plano de formação:

- ❖ Sessão de formação em serviço sobre o tema (6 de Maio de 2013)
- ❖ Programa de Atividades para a Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos (6 de Maio a 1 de Julho de 2013)

3ª PARTE - Aplicação da escala de avaliação do *Burnout* - MBI-HSS, em conjunto com um Indicador de Qualidade “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”, depois da concretização do plano de formação (1 de Julho de 2013).

De seguida, apresentar-se-á pormenorizadamente cada uma das partes:

1ª PARTE

A primeira parte do projeto de intervenção englobou a aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional aos enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos e a aplicação de uma escala de avaliação do *Burnout* - MBI-HSS em conjunto com um Indicador de Qualidade “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos” antes da concretização do plano de formação.

- Participantes

Os participantes deste estudo foram os 10 enfermeiros da UCP.

- Procedimentos

Após a aprovação do Projeto de intervenção pela Diretora (APÊNDICE I), foi realizada uma reunião com os enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos da mesma instituição para lhes dar conhecimento do projeto de intervenção. Em seguida, foi entregue o Consentimento Informado a cada enfermeiro (APÊNDICE II), após o consentimento dos mesmos, foi iniciada a aplicação individual dos instrumentos.

- Instrumento de colheita de dados

Para a realização da colheita de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional

Este é constituído por 13 perguntas: 3 perguntas de caracterização sociodemográfica - género, idade, estado civil e 10 de caracterização profissional - categoria profissional, habilitações literárias, tipo de formação, tempo de exercício em Cuidados Paliativos (tempo

total na carreira); tempo de exercício na respetiva unidade; carga horária semanal; tipo de horário; vínculo profissional; exclusividade ou não de funções naquela unidade; e por último uma questão que diz respeito à opção voluntária ou não de estarem a exercer funções nesta unidade. (APÊNDICE III)

□ Escala de Avaliação do *Burnout*: MBI-HSS

Na década de 80 os trabalhos sobre o *Burnout* adotaram uma metodologia mais quantitativa, recorrendo de uma forma mais sistemática à investigação empírica e fazendo uso de escalas das quais a MBI de Maslach e Jackson (1981) foi a mais usada (Maslach, 2001). Estima-se que esta escala já foi aplicada em mais de 90% dos estudos empíricos publicados a nível mundial. (García, 2008; Abalo, 1999; Maroco, 2008; Maroco, 2009; Pereira, 2011) Atualmente existem três versões da MBI, de acordo com a área profissional em que é aplicada: uma versão para profissionais na área da saúde: MBI-HSS; uma versão para o contexto educacional: Maslach *Burnout* Inventory - Educators Survey (MBI-ES) e uma versão adaptada à população trabalhadora em geral: Maslach *Burnout* Inventory - General Survey (MBI-GS)". Todas as versões têm uma estrutura tri-fatorial, de acordo com a conceitualização de *Burnout* proposta por Maslach e seus colaboradores. (Landeiro, 2011; Abalo, 1999; Maroco, 2008; Maroco, 2009)

Inicialmente, a escala que tinha definido no projeto para a Prática Clínica era a MBI-GS, entretanto, aquando da realização do estágio e após uma pesquisa mais aprofundada sobre o tema optei pela escala MBI-HSS (APÊNDICE IV) para a avaliação do *Burnout* nos enfermeiros. A escala foi traduzida, validada e adaptada para a língua portuguesa por Melo e Cruz em 1996. (Melo, 1999)

Esta é uma escala de autoavaliação, do tipo Likert, em que é pedido ao profissional que em sete possibilidades (0 (nunca), 1 (algumas vezes por ano), 2 (uma vez por mês ou menos), 3 (poucas vezes por mês), 4 (uma vez por semana), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias)) avalie a frequência com que experiencia um conjunto de sentimentos ou atitudes expressos em 22 itens (García, 2008; Melo, 1999; Abalo, 1999; Maroco, 2008; Pereda-Torales, 2009; Maroco, 2009) e que são distribuídos por três subescalas: A subescala exaustão emocional é composta por 9 itens que descrevem os sentimentos de esgotamento emocional do indivíduo causados pelo seu trabalho. O item com maior peso fatorial nesta dimensão é o que se refere diretamente ao *Burnout* (item 8). "Sinto-me esgotado pelo meu trabalho" (Maslach, 2001). Esta subescala é avaliada pelos itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, e 20. A subescala despersonalização é constituída por 5 itens que descrevem a ausência de sentimentos e o desenvolvimento de atitudes impessoais e de indiferença para com as

peças a quem se presta ajuda, tratamentos ou serviços (Maslach, 2001). É avaliada pelos itens 5, 10, 11, 15 e 22. A subescala da realização pessoal é constituída por 8 itens que descrevem sentimentos de competência e de sucesso no trabalho com pessoas. É avaliada pelos itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21. (García, 2008; Melo, 1999; Abalo, 1999; Pereda-Torales, 2009; Albaladejo, 2004)

□ Indicador de Qualidade “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”

Quando nos centramos na assistência paliativa percebemos que os indicadores de qualidade assumem extrema importância, uma vez que, nos obriga a uniformizar protocolos, procedimentos e a trabalhar em equipa.

Assim, com o intuito de dar resposta ao momento de avaliação do 8º Módulo do Mestrado em Cuidados Paliativos, foi proposto que cada formando individualmente ou em grupo apresentasse uma proposta de melhoria da qualidade, sob a forma de avaliação e indicador de qualidade, no meu caso em concreto escolhi elaborar um indicador de qualidade: “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”, que se apresenta a seguir.

A. Critério/princípio

A prevenção do *Burnout* nos enfermeiros numa Unidade de Cuidados Paliativos é de extrema importância, uma vez que neste contexto, estes profissionais estão sujeitos a vários agentes que exercem pressão, elevando o grau de risco da ocorrência desta patologia. Alguns destes agentes estão relacionados com a natureza das suas funções, outros relacionados com o contexto institucional e social onde estas são exercidas. O de maior destaque nestas unidades é o processo de busca de significados relativos ao viver e morrer, pois lidar com a morte é um dos desafios inerente à prática de Cuidados Paliativos. Para além da morte, ainda é importante destacar as perdas múltiplas e em curtos períodos de tempo, como a perda da relação com determinado doente, perda devido à identificação com a dor da família, entre outras, o que pode contribuir para o surgimento do *Burnout* no enfermeiro, colocando em causa a prestação dos cuidados de saúde, a qualidade do técnico enquanto profissional-pessoa e ainda o funcionamento da própria instituição.

B. Nome

O indicador tem o nome de “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”.

C. Justificação

Segundo Delbrouck (2006) o *Burnout* refere-se a “um tipo de stresse ocupacional e institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente quando esta atividade é considerada de ajuda”. Isso é bem visível, ao nível dos contextos de saúde, onde se assiste a um crescente número de profissionais em sofrimento pelo permanente contacto com agentes stressores, inerentes ao exercício da sua prática. Especificando numa Unidade de Cuidados Paliativos, os enfermeiros são confrontados, para além de outras situações, com situações de stress relacionadas com a morte, Kubler-Ross (1969) destaca alguns problemas como:

- Sentimento de impotência perante a morte. Para além dos enfermeiros terem tido uma formação académica maioritariamente voltada para a cura, o facto de isso não ser possível de acontecer, causa-lhes frustração em alguns casos. Isto ainda é acrescido pelo papel *media*, que por um lado, contribuíram para uma melhor informação, mas também criaram um falso conceito de bem-estar e de qualidade de vida nas pessoas. As pessoas valorizam em demasia sintomas triviais, esperam cura para todos os seus problemas, são menos tolerantes ao seu sofrimento, e atribuem incompetência médica a situações de doença crónica;
- Falta de informação acerca do que o doente sabe sobre a sua doença e da informação que o médico lhe transmitiu;
- Preocupação pelo desconforto que atinge os familiares destes doentes;
- Falta de preparação nesta área e poucos conhecimentos sobre o seu papel;
- Embaraço em responder às perguntas que os utentes fazem acerca do seu futuro;
- Carácter “contagioso” que podem ter algumas emoções dos doentes terminais, como a ansiedade, o medo, a impotência, que conduz os profissionais de saúde a experimentarem as mesmas.

Outro agente de stress que é identificado na maior parte das vezes como um problema transversal aos enfermeiros que lidam com os doentes terminais, é a interação/comunicação com a família do doente. Esta relação interpessoal que hoje os profissionais de enfermagem entendem ser uma “arma terapêutica” fundamental, considerando-a um dos pilares das intervenções terapêuticas, encontra-se carregada emocionalmente e acompanhada de

sentimentos de tensão e ansiedade. Nestas condições, a relação interpessoal constitui uma fonte quase constante de stress, que quando prolongado no tempo acaba por evoluir no desenvolvimento do *Burnout* (Sá, 2008).

O contacto com a morte é uma outra realidade diária importante que os enfermeiros em Cuidados Paliativos vivenciam, e que constitui igualmente um importante agente de stress. Na verdade, Vieitas (1995) afirma que “o convívio diário com situações dramáticas de sofrimento e morte geram elevados níveis de stress. Oliveira (2008) demonstra que os fatores de stress relacionados com a morte são os seguintes: exposição repetida à morte, envolvimento em conflitos emocionais, adaptação à inexistência de cura médica, absorção da mágoa expressa pelos familiares e desafios às crenças pessoais. A observação da morte do outro levanta interrogações sobre a própria morte. E muitas vezes a morte é privada, sendo suprimida pelas rotinas institucionais o que faz com que os sentimentos dos profissionais sejam ignorados, existindo pouco ou mesmo nenhum espaço para os que se encontram em luto expressem como se sentem.

Para além da morte, ainda é importante destacar as perdas múltiplas a que os enfermeiros estão sujeitos nestas unidades, como a perda da relação com determinado doente, perda devido à identificação com a dor da família, perda face as expectativas, perda relacionada com as crenças e conceções sobre a vida, perdas não resolvidas, antecipação de perdas futuras e a morte do próprio, entre outras (Neto, 2010).

Estas situações específicas segundo Leal (1998) podem levar o enfermeiro ao *Burnout* e conseqüentemente provocar absentismo, baixa realização pessoal, insatisfação dos doentes e diminuição da qualidade dos serviços, portanto, prevenir o *Burnout* é pertinente nos enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos.

D. Fórmula

$(N^{\circ} \text{ de enfermeiros sem } Burnout / N^{\circ} \text{ total de enfermeiros}) \times 100$

E. Definição de termos

Na década de 80 os trabalhos sobre o *Burnout* adotaram uma metodologia mais quantitativa, recorrendo de uma forma mais sistemática à investigação empírica e fazendo uso de escalas das quais a MBI de Maslach e Jackson (1981) foi a mais usada (Maslach, 2001). Estima-se que esta escala já foi aplicada em mais de 90% dos estudos empíricos publicados a nível mundial. (García, 2008; Abalo, 1999; Maroco, 2008; Maroco, 2009; Pereira, 2011)

Atualmente existem três versões da MBI, de acordo com a área profissional em que é aplicada: uma versão para profissionais na área da saúde: MBI-HSS; uma versão para o contexto educacional: MBI-ES e uma versão adaptada à população trabalhadora em geral: MBI-GS. Todas as versões têm uma estrutura tri-fatorial, de acordo com a conceitualização de *Burnout* proposta por Maslach e seus colaboradores. (Landeiro, 2011; Abalo, 1999; Maroco, 2008; Maroco, 2009). Esta é uma escala de autoavaliação, do tipo Likert, em que é pedido ao profissional que em sete possibilidades (0 (nunca), 1 (algumas vezes por ano), 2 (uma vez por mês ou menos), 3 (poucas vezes por mês), 4 (uma vez por semana), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias)) avalie a frequência com que experiencia um conjunto de sentimentos ou atitudes expressos em 22 itens (García, 2008; Melo, 1999; Abalo, 1999; Maroco, 2008; Pereda-Torales, 2009; Maroco, 2009) e que são distribuídos por três subescalas:

A subescala exaustão emocional é composta por 9 itens que descrevem os sentimentos de esgotamento emocional do indivíduo causados pelo seu trabalho. O item com maior peso fatorial nesta dimensão é o que se refere diretamente ao *Burnout* (item 8). "Sintome esgotado pelo meu trabalho" (Maslach, 2001). Esta subescala é avaliada pelos itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, e 20. A subescala despersonalização é constituída por 5 itens que descrevem a ausência de sentimentos e o desenvolvimento de atitudes impessoais e de indiferença para com as pessoas a quem se presta ajuda, tratamentos ou serviços (Maslach, 2001). É avaliada pelos itens 5, 10, 11, 15 e 22. A subescala da realização pessoal é constituída por 8 itens que descrevem sentimentos de competência e de sucesso no trabalho com pessoas. É avaliada pelos itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21. (García, 2008; Melo, 1999; Abalo, 1999; Pereda-Torales, 2009; Albaladejo, 2004)

A escala MBI-HSS não permite o cálculo de uma pontuação global de *Burnout*. (Maroco, 2008; Maroco, 2009). A presença de *Burnout* reflete-se numa pontuação elevada nas subescalas exaustão emocional e despersonalização e uma pontuação baixa na subescala realização pessoal. Um nível baixo de *Burnout* reflete-se quando se apresentam pontuações baixas nas escalas de exaustão emocional e despersonalização e pontuações elevadas na realização pessoal. Um nível médio de *Burnout* reflete-se quando se apresentam valores médios das pontuações das três subescalas.

Para a exaustão emocional considera-se um nível de *Burnout* elevado quando são encontrados valores ≥ 27 pontos, valores entre 19 e 26 pontos indicam níveis médios de *Burnout* e valores ≤ 18 pontos correspondem a níveis de *Burnout* baixos. Para a despersonalização consideram-se níveis altos de *Burnout* quando se apresentam pontuações ≥ 10 , valores entre 6 e 9 pontos apontam para níveis médios de *Burnout* e valores ≤ 5 pontos indicam níveis baixos de *Burnout*. Por último, em relação à realização pessoal, a sua leitura é

oposta às anteriores, isto é, valores ≥ 40 pontos indicam níveis baixos de *Burnout*, valores entre 34 e 39 pontos revelam níveis médios de *Burnout* e ≤ 33 pontos indicam níveis altos de *Burnout*, numa avaliação de 1 em 1 ano. (García, 2008; Melo, 1999; Maroco, 2008; Pereda-Torales, 2009; Albaladejo, 2004)

F. Fonte de dados

Podemos ter como fonte de dados o registo de avaliação dos profissionais (Gabinete de Saúde Ocupacional) e os dados administrativos da equipa (mapa do pessoal do serviço).

G. Tipo

O indicador de qualidade estudado é do tipo resultado.

H. Standard

Começamos com 50% de enfermeiros sem *Burnout* com incrementos anuais de 10% até atingir uma percentagem de 80% de enfermeiros sem *Burnout*.

I. Comentários

Excluem-se os enfermeiros que ainda não tenham feito a primeira avaliação.

- Processamento dos dados

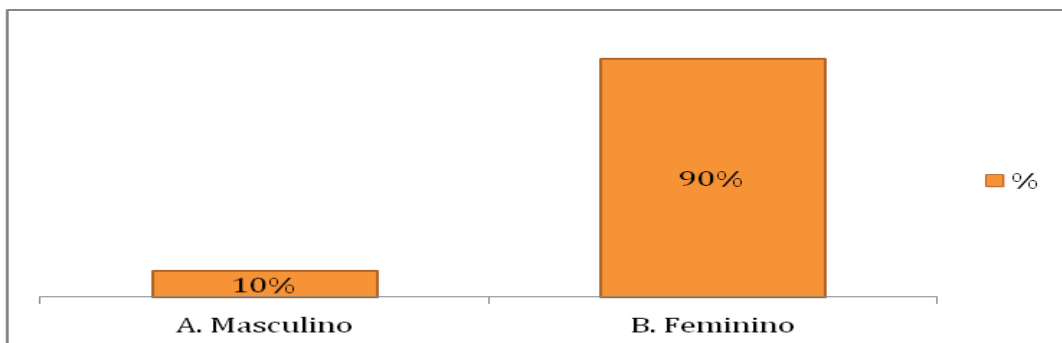
- Processamento dos dados do Questionário de Caracterização Sociodemográfica

Após a recolha dos dados procedeu-se ao tratamento da informação obtida. Assim, os dados foram reunidos sendo posteriormente processados no EXCEL.

- Caracterização dos Participantes
 - Caracterização sociodemográfica dos participantes

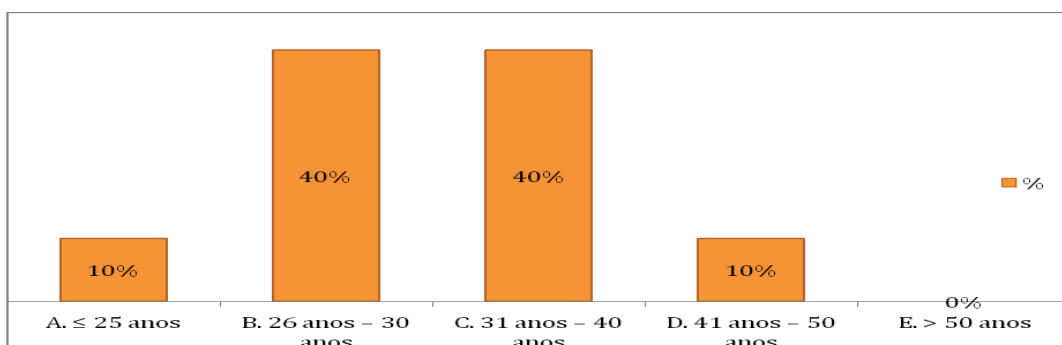
Os participantes foram 10 enfermeiros, em que 1 era do sexo masculino (10%) e 9 do sexo feminino (90%) como se pode ver no gráfico nº 1.

Gráfico nº 1 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Género



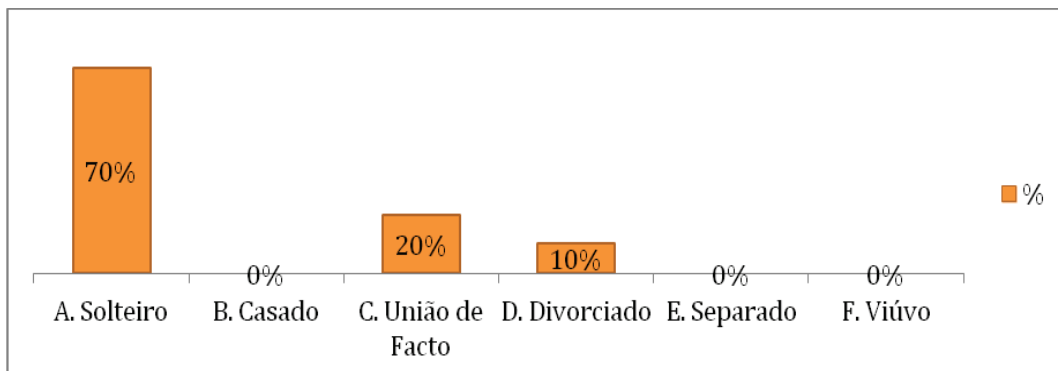
Como se pode ver no gráfico nº 2, 4 dos participantes tinham idades entre 26 e 30 anos (40%), 4 tinham idades entre 31-40 anos (40%), 1 tinha idade inferior ou igual a 25 anos (10%), 1 tinha idade entre 41 - 50 anos (10%).

Gráfico nº 2 - Caracterização dos Participantes relativamente à Idade



Quanto ao estado civil (gráfico nº 3) pode-se verificar que na sua maioria eram solteiros (7 elementos- 70%), 2 elementos viviam em união de facto (20%) e 1 elemento era divorciado (10%).

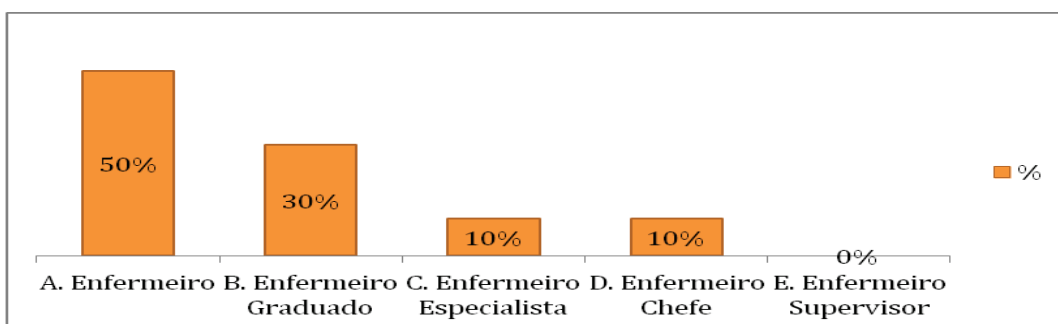
Gráfico nº 3 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Estado Civil



▪ Caracterização Profissional dos Participantes

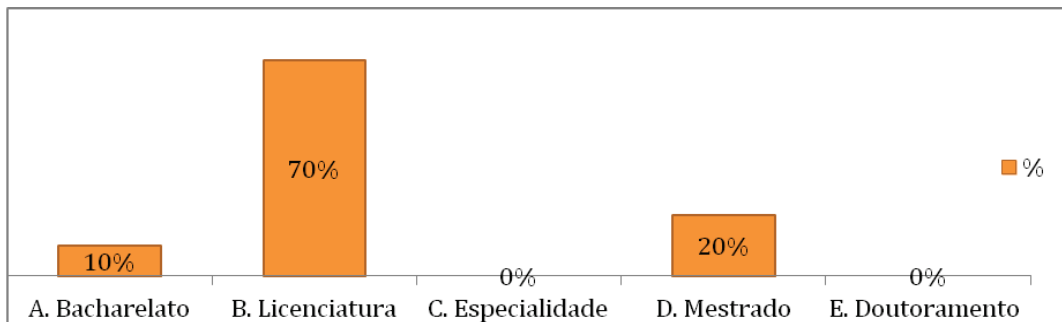
A análise dos resultados apresentados no gráfico nº 4, mostra-nos que 5 elementos dos inquiridos eram detentores da categoria de enfermeiro (50%), 3 deles eram enfermeiros graduados (30%), 1 era enfermeiro especialista (10%) e 1 era enfermeiro chefe (10%).

Gráfico nº 4 - Caracterização dos Participantes relativamente à Categoria Profissional



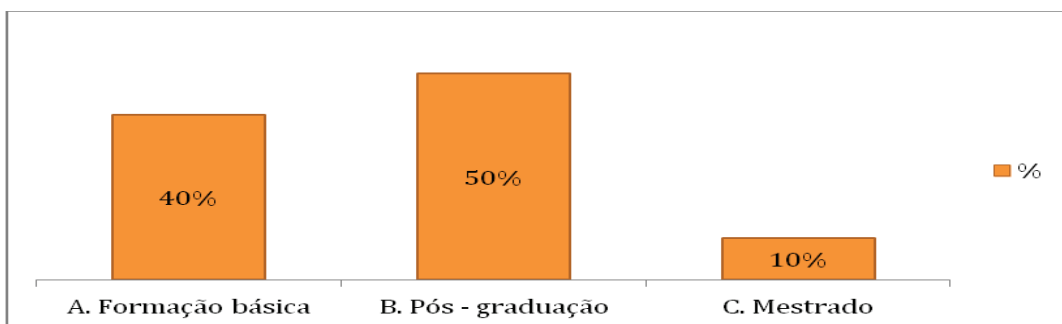
Em relação as habilitações literárias (gráfico nº 5), a grande maioria dos enfermeiros eram licenciados (7 elementos-70%), sendo que 1 elemento tinha o bacharelato (10%) e 2 tinham o mestrado (20%).

Gráfico nº 5 - Caracterização dos Participantes relativamente às Habilitações Literárias



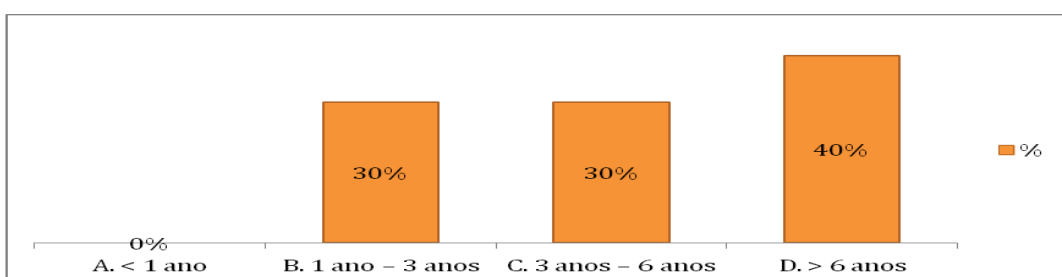
Relativamente ao tipo de formação em Cuidados Paliativos como se pode ver no gráfico nº 6, 4 tinham formação básica (40%), 5 elementos tinham pós-graduação (50%) e 1 elemento tinha mestrado em Cuidados Paliativos (10%).

Gráfico nº 6 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Tipo de Formação em Cuidados Paliativos



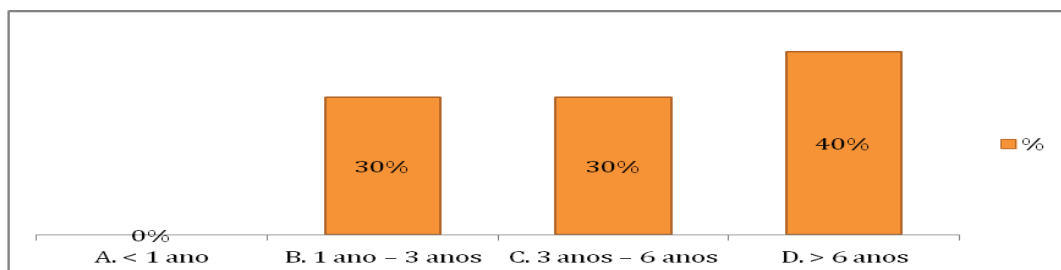
Quanto ao tempo de exercícios em Unidades de Cuidados Paliativos, como se pode ver no gráfico nº 7, 3 participantes trabalhavam entre 1 a 3 anos (30%) e outros 3 participantes trabalhavam entre 3 a 6 anos (30%) e 4 dos elementos trabalhavam há mais de 6 anos (40%).

Gráfico nº 7 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Tempo de Exercício em Unidades de Cuidados Paliativos



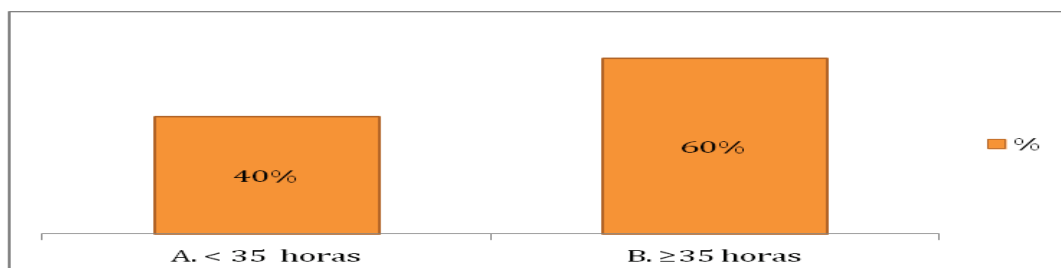
Quanto ao tempo de exercício na respetiva Unidade de Cuidados Paliativos, existem precisamente os mesmos resultados, 3 participantes trabalhavam entre 1 a 3 anos (30%) e outros 3 participantes trabalhavam entre 3 a 6 anos (30%), 4 dos elementos trabalhavam há mais de 6 anos (40%), como se pode ver no gráfico nº 8, o que conclui que estes enfermeiros nunca prestaram Cuidados Paliativos noutras equipas.

Gráfico nº 8 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Tempo de Exercício na UCP



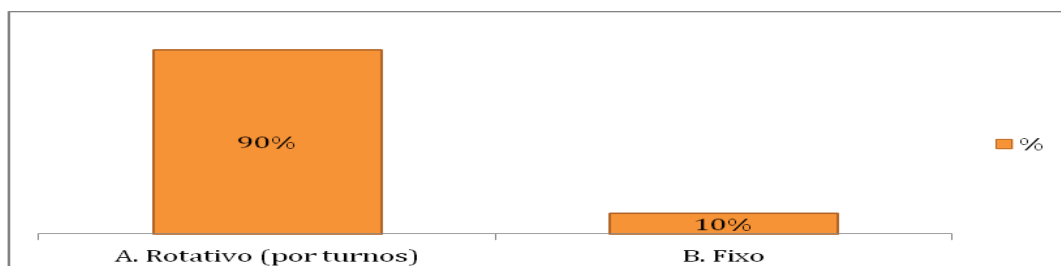
Quanto à carga horária semanal, como se pode ver no gráfico nº 9, a maioria dos elementos trabalhavam 35 horas semanais ou mais (60%), os restantes 4 elementos trabalhavam menos de 35 horas semanais (40%).

Gráfico nº 9 - Caracterização dos Participantes relativamente à Carga Horária Semanal



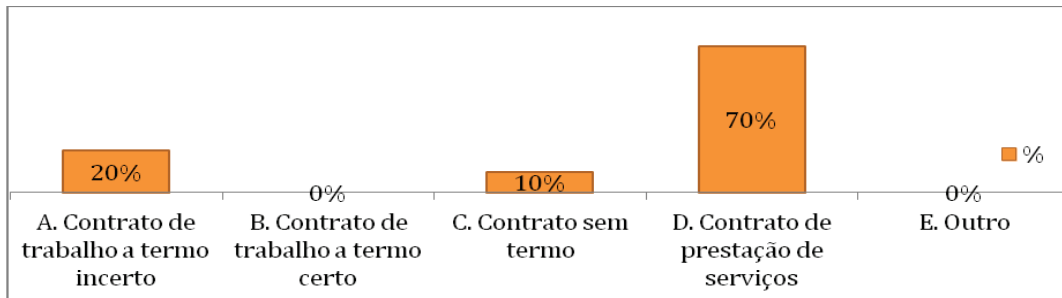
A maioria dos participantes trabalhava em regime rotativo por turnos (90%), exceto 1 elemento que praticava horário fixo (10%), como se pode ver no gráfico nº 10.

Gráfico nº 10 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Horário Praticado



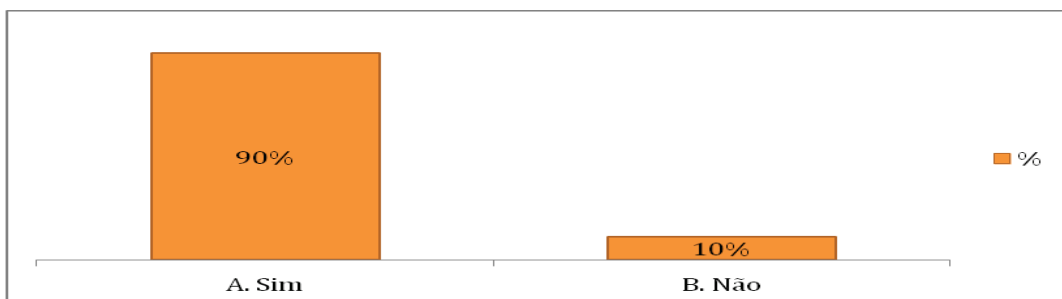
Em relação ao tipo de vínculo profissional como se pode ver no gráfico nº 11, os participantes distribuíram-se da seguinte forma: 2 dos enfermeiros tinham um contrato de trabalho a termo incerto (20%), 1 tinha contrato sem termo (10%) e a maioria tinha contrato de prestação de serviço (7 enfermeiros – 70%).

Gráfico nº 11 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Vínculo Profissional



Relativamente à exclusividade ou não das funções nesta unidade, pode ver-se a partir do gráfico nº12, que só um elemento é que trabalhava exclusivamente nesta unidade (10%).

Gráfico nº 12 - Caracterização dos Participantes relativamente à Exclusividade ou não da Prestação de Cuidados nesta Unidade



Quanto à questão “está neste serviço por opção?”, todos os participantes responderam sim (100%).

- Processamento dos dados da Escala de Avaliação do Burnout –MBI-HSS (antes da concretização do plano de formação).

A escala MBI-HSS não permite o cálculo de uma pontuação global de *Burnout*. (Maroco, 2008; Maroco, 2009). A presença de *Burnout* reflete-se numa pontuação elevada nas subescalas exaustão emocional e despersonalização e uma pontuação baixa na subescala

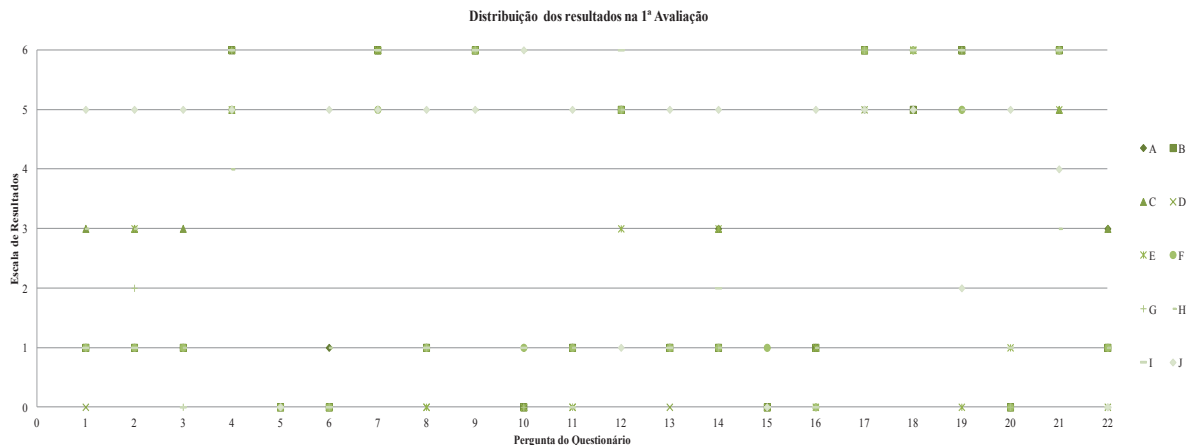
realização pessoal. Um nível baixo de *Burnout* reflete-se quando se apresentam pontuações baixas nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e pontuações elevadas na realização pessoal. Um nível médio de *Burnout* reflete-se quando se apresentam valores médios das pontuações das três subescalas.

Tendo por base o gráfico nº 13 e a tabela nº 1 que corresponde à distribuição dos resultados da 1ª avaliação do *Burnout* nos enfermeiros inquiridos, pode-se então concluir que na 1ª avaliação, na exaustão emocional a média foi de 12,3 o que indica níveis baixos de *Burnout*. O enfermeiro com o nível mais baixo de exaustão emocional apresentou uma pontuação 3 e o inquirido com o nível mais elevado apresentou uma pontuação de 45. Em relação a despersonalização verificamos que a média foi de 3,6, revelando igualmente níveis baixos de *Burnout* nos enfermeiros. O enfermeiro com o nível mais baixo de despersonalização apresentou uma pontuação de 0 (zero) e o inquirido com o nível mais elevado obteve uma pontuação de 11. Na realização pessoal a média encontrada foi de 42,3; revelando que os enfermeiros apresentam níveis altos em relação a esta. O enfermeiro com o nível mais baixo de realização pessoal apresentou uma pontuação de 32 sendo que o inquirido com o nível mais elevado obteve uma pontuação de 47.

Tabela nº 1 - Distribuição dos resultados da 1ª Avaliação do *Burnout*

Resultados da 1ª Avaliação	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	EE	RP	D
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2			
Quest.A	1	1	1	5	0	1	6	1	6	1	1	5	1	3	0	1	5	6	5	0	6	3	10	44	5
Quest.B	1	1	1	6	0	0	6	1	6	0	1	5	1	1	0	1	6	5	6	0	6	1	7	46	2
Quest.C	3	3	3	5	0	0	6	1	6	0	1	5	1	3	0	1	6	5	6	0	5	3	15	44	4
Quest.D	0	1	1	5	0	0	6	0	6	0	0	5	0	1	0	0	5	6	6	0	6	0	3	45	0
Quest.E	1	3	1	6	0	0	6	0	6	0	0	3	1	3	0	1	6	6	0	1	5	1	11	38	1
Quest.F	1	1	1	5	0	0	5	1	6	1	1	5	1	1	1	0	6	6	5	0	6	1	6	44	4
Quest.G	1	2	0	6	0	0	5	1	6	0	0	5	1	1	0	0	6	6	6	0	6	0	6	46	0
Quest.H	3	3	1	4	0	1	5	1	5	6	1	5	1	1	0	1	5	5	5	1	3	1	13	37	8
Quest.I	1	1	0	6	0	0	6	1	6	1	0	6	1	2	0	0	5	6	6	1	6	0	7	47	1
Quest.J	5	5	5	5	0	5	5	5	5	6	5	1	5	5	0	5	5	5	2	5	4	0	45	32	1 1

Gráfico nº 13 - Distribuição dos resultados da 1ª Avaliação do *Burnout*



Após se ter conhecimento dos resultados obtidos através da escala MBI-HSS da 1ª avaliação do *Burnout*, conclui que dos 10 participantes, 1 deles se encontrava em *Burnout*.

O passo seguinte foi o cálculo da percentagem de *Burnout* através do Indicador de Qualidade “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos” construído com base na bibliografia, e que já se apresentou atrás neste relatório.

Nome: “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”

Fórmula: $(n^\circ \text{ de enfermeiros sem } \textit{Burnout} / n^\circ \text{ total de enfermeiros}) \times 100$

Standard: Começamos com 50% de enfermeiros sem *Burnout* com incrementos anuais de 10% até atingir uma percentagem de 80% de enfermeiros sem *Burnout*.

Aplicando a fórmula: $(9/10) \times 100 = 90\%$

Portanto, 90% dos enfermeiros inquiridos encontravam-se sem *Burnout*.

2ª PARTE: PLANO DE FORMAÇÃO

❖ Sessão de formação

▪ Plano da Sessão de Formação

O plano da sessão de formação é constituído pela identificação do tema, do local da formação, da formadora, dos destinatários, pela data de realização, pelo tempo de duração; pelos objetivos pedagógicos, pelos conteúdos, pela metodologia utilizada na apresentação e na avaliação da sessão e ainda pelos recursos utilizados na apresentação e na divulgação. Apresenta-se de seguida cada um destes itens, no entanto apresento em apêndice (APÊNDICE V) a tabela referente ao mesmo.

- **Tema:** “*Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”
- **Local da Formação:** Sala de Formação da UCP
- **Formadora:** Daniela Ascensão (Enfermeira e aluna do I Mestrado em Cuidados Paliativos)
- **Destinatários:** Enfermeiros da UCP
- **Data:** 6 de Maio de 2013
- **Duração:** A formação teve uma duração total aproximada de 2h.

- **Objetivos Pedagógicos**

No final da sessão o enfermeiro deveria ser capaz de:

- Conceituar *Burnout*;
- Identificar as manifestações clínicas do *Burnout*;
- Conhecer as causas do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos;
- Desenvolver estratégias de prevenção/tratamento do *Burnout*.

○ **Conteúdos**

1. *Burnout*: Definição
2. *Burnout*: Manifestações Clínicas
3. *Burnout*: Causas
4. *Burnout*: Nos enfermeiros
5. *Burnout*: Nos enfermeiros em Cuidados Paliativos

6. *Burnout*: Estratégias de prevenção/tratamento do *Burnout*

○ **Metodologia Letiva e de Avaliação**

A metodologia letiva utilizada foi o Método Expositivo Oral Direto (auxílio de diapositivos) (APÊNDICE VI) e na avaliação a metodologia utilizada foi a aplicação de uma Folha de Avaliação do Formando (Modelo 44.01).

○ **Divulgação**

A divulgação da sessão de formação foi efetuada através de um cartaz (APÊNDICE VII) colocado na Sala de Trabalho de Enfermagem.

○ **Recursos**

Os recursos necessários na apresentação da sessão de formação foram os seguintes: pc – portátil, projetor, sala de formação e material bibliográfico. No caso da divulgação necessitou-se de um pc-portátil, de uma impressora e de espaço na sala de formação para colocar o cartaz de divulgação da sessão de formação.

□ Realização do Plano da Sessão de Formação

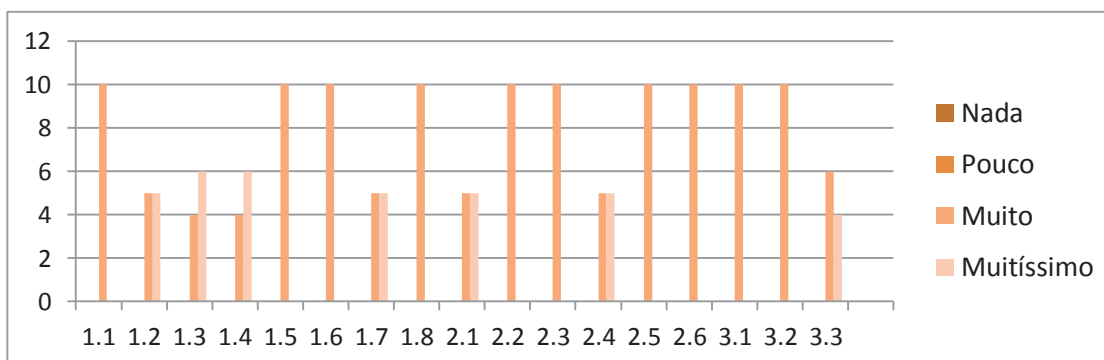
O plano desta sessão de formação foi inserido no Plano de Formação Anual da CS e decorreu durante o período previamente determinado que era o mês de Maio de 2013. O plano da sessão de formação foi executado e cumprido na sua totalidade, tanto no que se refere ao tema, local, duração, destinatários, como em relação aos objetivos pedagógicos, aos conteúdos, à metodologia de apresentação e avaliação e aos recursos necessários para a apresentação e divulgação.

□ Avaliação do Plano da Sessão de Formação

A metodologia de avaliação utilizada foi, como já foi referido anteriormente, a aplicação de uma Folha de Avaliação do Formando (Modelo 44.01) (ANEXO I). Assim, a avaliação desta formação foi bastante positiva. Pela perceção recolhida no momento foi evidente o interesse que os presentes tiveram, questionando e intervindo inúmeras vezes ao longo da sessão.

Para além disso, segundo os resultados obtidos através da Folha de Avaliação do Formando, como se pode ver no gráfico nº 14, relativamente à questão “O conteúdo da ação foi importante para o seu desempenho profissional?” dos 10 enfermeiros presentes, 5 responderam *Muito* e 5 responderam *Muitíssimo*; relativamente à questão “A metodologia foi adequada?” 6 responderam *Muitíssimo* e 4 responderam *Muito*, quanto à questão “A forma de exposição permitiu uma melhor compreensão?” 6 responderam *Muitíssimo* e 4 responderam *Muito*; quanto à questão “A documentação de suporte foi útil para uma melhor compreensão?” 5 responderam *Muitíssimo* e 5 responderam *Muito*; quanto à questão “Desenvolveu o tema com clareza?” 5 responderam *Muitíssimo* e 5 responderam *Muito*; quanto à questão “O método utilizado motivou a participação ativa?” 5 responderam *Muitíssimo* e 5 responderam *Muito*; quanto à questão “Sentiu apoio da coordenação pedagógica?” 4 responderam *Muitíssimo* e 6 responderam *Muito*, nas restantes questões os 10 enfermeiros responderam *Muito*.

Gráfico nº 14 - Apresentação dos resultados relativamente à avaliação da Sessão de Formação “Burnout nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”



- ❖ Programa de Atividades para a Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos (APÊNDICE VIII)

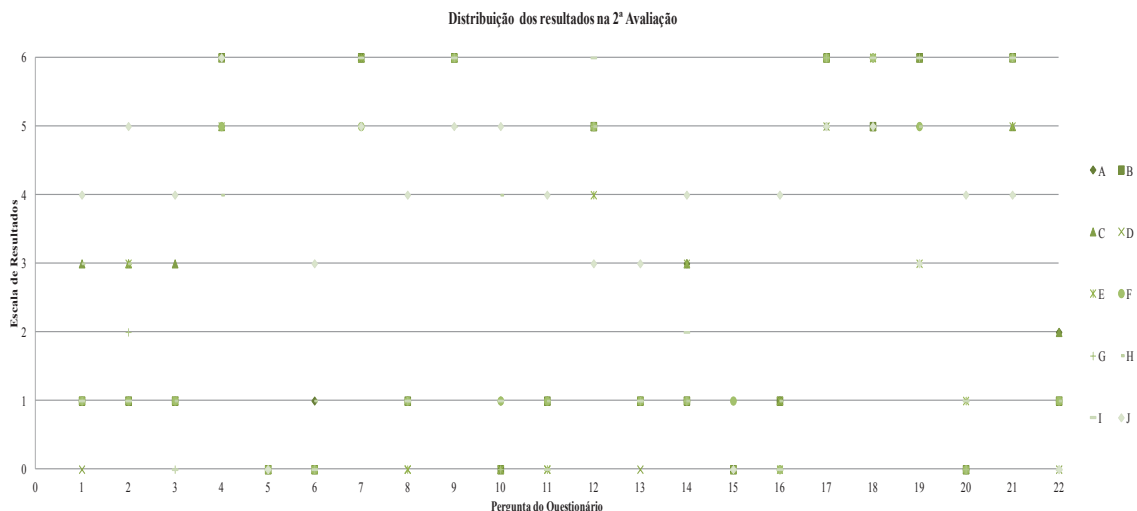
3ª PARTE - Aplicação da escala de avaliação do *Burnout*: MBI-HSS, em conjunto com um Indicador de Qualidade “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”, depois da concretização do plano de formação.

Tendo por base o gráfico nº 15 e a tabela nº 2 que corresponde à distribuição dos resultados da 2ª avaliação do *Burnout* nos enfermeiros inquiridos, obtiveram-se os seguintes resultados:

Na exaustão emocional a média foi de 11,3 o que indica níveis baixos de *Burnout*. O enfermeiro com o nível mais baixo de exaustão emocional apresentou uma pontuação 3 e o inquirido com o nível mais elevado apresentou uma pontuação de 35. Em relação a despersonalização verificamos que a média foi de 3, revelando igualmente níveis baixos de *Burnout* entre os enfermeiros. O enfermeiro com o nível mais baixo de despersonalização apresentou uma pontuação de 0 (zero) e o inquirido com o nível mais elevado obteve uma pontuação de 9. Na realização pessoal a média encontrada foi de 43,2; revelando que os enfermeiros apresentam níveis altos em relação a esta. O enfermeiro com o nível mais baixo de realização pessoal apresentou uma pontuação de 36 sendo que o inquirido com o nível mais elevado obteve uma pontuação de 47.

Tabela nº 2 - Distribuição dos Resultados da 2ª Avaliação do *Burnout*

Resultados da 2ª Avaliação	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	EE	RP	D		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0				1	2
Quest.A	1	1	1	5	0	1	6	1	6	1	1	5	1	3	0	1	5	6	5	0	6	2	10	44	4
Quest.B	1	1	1	6	0	0	6	1	6	0	1	5	1	1	0	1	6	5	6	0	6	1	7	46	2
Quest.C	3	3	3	5	0	0	6	1	6	0	1	5	1	3	0	1	6	5	6	0	5	2	15	44	3
Quest.D	0	1	1	5	0	0	6	0	6	0	0	5	0	1	0	0	5	6	6	0	6	0	3	45	0
Quest.E	1	3	1	6	0	0	6	0	6	0	0	4	1	3	0	1	6	6	3	1	5	1	11	42	1
Quest.F	1	1	1	5	0	0	5	1	6	1	1	5	1	1	1	0	6	6	5	0	6	1	6	44	4
Quest.G	1	2	0	6	0	0	5	1	6	0	0	5	1	1	0	0	6	6	6	0	6	0	6	46	0
Quest.H	3	3	1	4	0	1	5	1	5	4	1	5	1	1	0	1	5	5	5	1	4	1	13	38	6
Quest.I	1	1	0	6	0	0	6	1	6	1	0	6	1	2	0	0	5	6	6	1	6	0	7	47	1
Quest.J	4	5	4	6	0	3	5	4	5	5	4	3	3	4	0	4	5	5	3	4	4	0	35	36	9

Gráfico nº 15 - Distribuição dos resultados da 2ª Avaliação do *Burnout*

Após se ter conhecimento dos resultados obtidos através da escala MBI-HSS da 2ª avaliação do *Burnout*, conclui que dos 10 participantes, nenhum se encontrava em *Burnout*.

O passo seguinte foi o cálculo da percentagem de *Burnout* através do Indicador de Qualidade “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”.

Nome: “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”

Fórmula: $(n^{\circ} \text{ de enfermeiros sem } \textit{Burnout} / n^{\circ} \text{ total de enfermeiros}) \times 100$

Standard: Começamos com 50% de enfermeiros sem *Burnout* com incrementos anuais de 10% até atingir uma percentagem de 80% de enfermeiros sem *Burnout*.

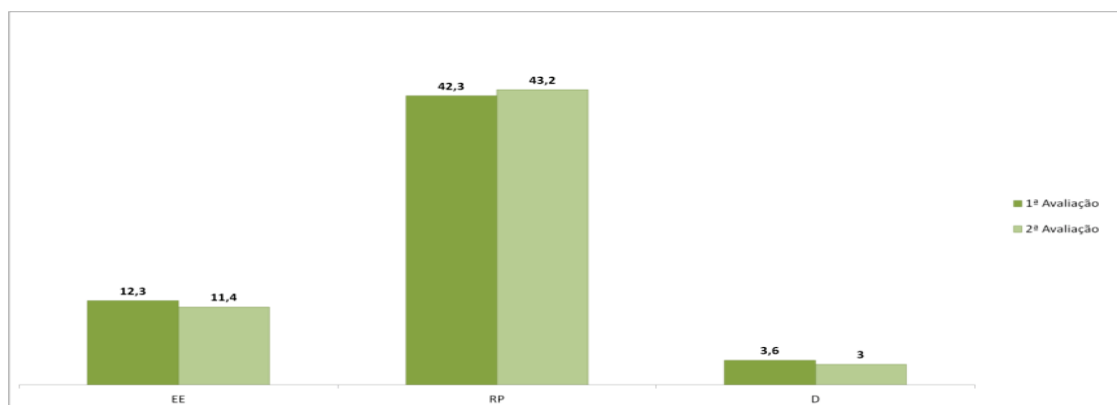
Aplicando a fórmula: $(10/10) \times 100 = 100\%$

Portanto, atendendo ao facto que os níveis de *Burnout* foram baixos desde o início considerei que o indicador de qualidade, previamente definido se encontrava com valores standards baixos, sendo o grande desafio propor um reajuste nesse valor futuramente com o standard “Começamos com 90% de enfermeiros sem *Burnout* com incremento anual de 10% até atingir uma percentagem de 100% de enfermeiros sem *Burnout*”, acreditando que isso seja possível com a implementação estruturada do “Programa de Atividades para a Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos” após o término da prática clínica.

➤ Fazendo uma comparação entre as duas avaliações: (Gráfico nº 16)

A exaustão emocional na 1ª avaliação apresentou uma média é de 12,3 passando na 2ª avaliação para médias de 11,3 o que indica igualmente níveis baixos de *Burnout*. Em relação a despersonalização verificou-se que na 1ª avaliação a média foi de 3,6 passando na 2ª avaliação para uma média de 3, revelando igualmente níveis baixos de *Burnout* entre os enfermeiros. Na realização pessoal a média encontrada na 1ª avaliação foi de 42,3, revelando que os enfermeiros apresentavam níveis altos em relação a esta, na 2ª avaliação a média encontrada foi de 43,2, revelando que os enfermeiros apresentavam igualmente níveis altos em relação a esta. Apesar de os níveis de *Burnout* em termos globais se manterem, o enfermeiro com o nível mais baixo de exaustão emocional manteve a pontuação de 3 da 1ª avaliação para a 2ª avaliação e o inquirido com o nível mais elevado apresentou uma diferença de pontuação da primeira para a segunda avaliação de 45 para 35. O enfermeiro com o nível mais baixo de despersonalização manteve a sua pontuação da 1ª para a 2ª avaliação de 0 (zero) e o inquirido com o nível mais elevado diminuiu a sua pontuação da 1ª para a 2ª avaliação de 11 para 9. O enfermeiro com o nível mais baixo de realização pessoal alterou a sua pontuação da primeira para a segunda avaliação de 32 para 36 sendo que o inquirido com o nível mais elevado manteve a sua pontuação de 47 da primeira para a segunda avaliação.

Gráfico nº 16 - Evolução dos Níveis de *Burnout*, comparando a 1ª e a 2ª Avaliação



2 - Objetivos propostos e atividades desenvolvidas na UAD do IPO e na UCCP do HP

Seguidamente, descrevo as atividades desenvolvidas nas unidades onde estagiei – UAD do IPO e UCCP do HP que me permitiram alcançar os objetivos. Os objetivos propostos no projeto para a Prática Clínica foram alterados, na sua grande maioria, devido aos contextos das práticas das unidades onde decorreu o estágio, ainda assim, os que propus numa fase posterior foram alcançados na sua generalidade, com sucesso.

○ **Unidade de Assistência Domiciliária**

➤ **Objetivo nº 1: Conhecer as dinâmicas das enfermeiras da equipa da UAD**

- Atividades propostas para atingir este objetivo:
 - Integrar a equipa de enfermagem da UAD, conhecer a estrutura física e organizacional da unidade relativamente à filosofia, objetivos, missão, valores e características físicas;
 - Colaborar no planeamento e prestação dos cuidados.

Este objetivo bem como as atividades propostas para a sua concretização não correspondem ao descrito no projeto de estágio, isto porque aquando do início do estágio na respetiva unidade, tendo em conta o contexto dos cuidados prestados, foi pertinente uma ligeira alteração do mesmo, surgindo então o objetivo atual e respetivas atividades para o seu alcance. Para a sua concretização, foi realizada, numa fase inicial, uma integração gradual na equipa, o que favoreceu uma boa integração em toda a dinâmica de trabalho.

Quanto ao conhecimento da estrutura física e organizacional da instituição relativamente à filosofia, objetivos, missão e valores, da história, das suas regras de funcionamento e das características físicas foi conseguido através da leitura de informação da instituição e da recolha de informações junto dos elementos da equipa, como já descrevi anteriormente, aquando da descrição dos serviços.

Quanto à colaboração no planeamento e prestação dos cuidados, inicialmente, a observação participante foi o método que privilegiei por me permitir integrar e conhecer a dinâmica da equipa de uma forma mais profunda mas também, por facilitar a criação de relações de maior proximidade com os elementos da equipa. Mais tarde, o envolvimento na prestação de cuidados permitiu-me ter uma participação mais ativa, que a meu ver foi um enriquecimento para a minha formação, tendo a oportunidade de me aperfeiçoar a vários níveis. Um deles foi o controlo sintomático e, neste contexto é importante salientar que a

avaliação dos sintomas era feita consoante a necessidade do doente e sempre que se iniciava terapêutica para controlo sintomático. Relativamente aos sintomas dos doentes acompanhados, durante este período, o que pude constatar foi que na avaliação final, a confusão, sonolência e dispneia tornavam-se mais frequentes, assim como o cansaço e a dor, embora em valor mais reduzido do que na avaliação inicial. Pelo que pude perceber poucos eram os doentes que recorriam à urgência hospitalar por descontrolo sintomático, o que evidenciava a qualidade do controlo sintomático e seguimento desta equipa.

Aperfeiçoei-me ainda no desenvolvimento de diferentes competências na área da comunicação, com o doente e família. Muitas das estratégias de ajuda passaram por demonstrar uma comunicação eficaz, tanto de forma verbal como não – verbal. O ato de comunicar deve ser sempre entendido como um fator favorável à recuperação do doente, pela segurança e pelo acompanhamento que este pode sentir através da transmissão de informações e de apoio psicológico. A capacidade de escuta, de compreensão, de estar atento e a demonstração de compreensão e atenção pelo doente, são características que estão inerentes ao ato de cuidar pois, neste contexto, na maioria das vezes os doentes estão sozinhos e os enfermeiros são considerados, por muitos deles, “*os anjos que chegam para os cuidar e os ouvir um pouco*”, muitas vezes neste “ouvir” apercebemo-nos nas entrelinhas de coisas muito importantes para a nossa atuação.

Houve ainda a possibilidade de participação de forma ativa em conferências familiares, desenvolvendo competências de apoio à família. Não conseguimos ajudar o doente a terminar de forma digna e com significado se não incluirmos a sua família nos nossos cuidados. Ela desempenha um papel importante durante o período da doença e as suas reações contribuirão bastante para a resposta do doente a esta doença. A reflexão que pude fazer foi que em Cuidados Paliativos, a família do doente terminal, é alvo de cuidados, não só enquanto acompanhamos o doente, como após a morte do doente, durante o luto.

Também participei em diversas reuniões de reflexão conjunta pois esta equipa realiza momentos de reflexão com regularidade sobre a sua atividade, procurando identificar os problemas com vista à apresentação de propostas de resolução, o que me permitiu por um lado, partilhar a compreensão das situações acompanhadas, reajustar informações e aprender novas estratégias de intervenção. Nestas, foi visível o interesse dado a cada área, em que cada elemento dava a sua opinião quer de forma livre, quer quando era solicitado, num ambiente de respeito e de interesse, com vontade de aprendizagem mútua. Conclui mais uma vez que o trabalho em equipa necessita de algumas condições básicas: confiança mútua; comunicação espontânea; apoio mútuo; compreensão. Assim, o partilhar este tempo de estágio com profissionais que tem como referência um quadro teórico semelhante ao meu, permitiu-me verificar que as atitudes dos profissionais, perante o doente e a família,

assentavam em perícias e técnicas como a empatia, a escuta ativa e a resposta de compreensão empática e tinham como objetivo principal estabelecer uma relação de ajuda de qualidade com os doentes.

➤ **Objetivo nº 2: Sensibilizar as enfermeiras da equipa da UAD para a pertinência do projeto “Burnout nos enfermeiros em Cuidados Paliativos”**

- Atividade proposta para atingir este objetivo:
 - Apresentar o projeto às enfermeiras da equipa da UAD numa reunião específica subordinada ao tema: “Burnout nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”.

Aquando do início do estágio fiz uma reunião com todas as enfermeiras da unidade a fim de lhes apresentar o projeto - conteúdos e objetivos. Estas ficaram sensibilizadas para o tema, no entanto, tendo em conta o contexto da unidade, o meu tempo de estágio na mesma, bem como o processo burocrático necessário à concretização dos objetivos propostos no projeto de estágio, considerámos pertinente reajustar os objetivos. Neste contexto, fiz uma interrupção do meu estágio para poder pesquisar, refletir na situação e fazer o reajuste dos objetivos, dessa reflexão e pesquisa surgiram os objetivos que se seguem.

➤ **Objetivo nº 3: Aplicar um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional às enfermeiras da UAD**

- Atividade proposta para atingir este objetivo:
 - Solicitar às enfermeiras da UAD o preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional para melhor conhecer as características pessoais e profissionais das mesmas.

Após a entrega do consentimento informado a cada enfermeira (Apêndice IX), solicitei às mesmas o preenchimento do questionário sociodemográfico e profissional (Apêndice III). Este é constituído por 13 perguntas: 3 perguntas de caracterização sociodemográfica - género, idade, estado civil e 10 de caracterização profissional - categoria profissional, habilitações literárias, tipo de formação, tempo de exercício em Cuidados Paliativos (tempo total na carreira); tempo de exercício na respetiva unidade; carga horária semanal; tipo de

horário; vínculo profissional; exclusividade ou não de funções naquela unidade; e por último uma questão que diz respeito à opção voluntária ou não de estarem a exercer funções nesta unidade.

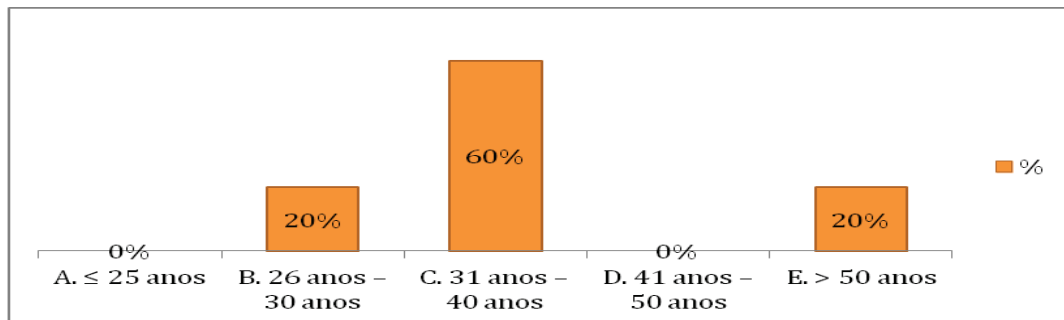
Seguidamente apresentam-se os resultados obtidos deste mesmo questionário:

- Caracterização Sociodemográfica e Profissional das participantes:
 - Caracterização Sociodemográfica das participantes

Os elementos da equipa de enfermagem eram 5 e pertenciam todos ao sexo feminino (100%).

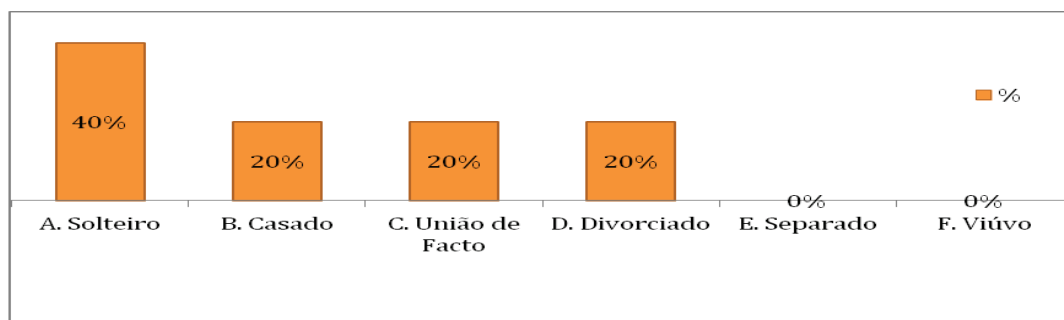
Como se pode ver no gráfico nº 17, 3 dos participantes tinham idades entre 31 e 40 anos (60%), 1 tinha idade entre 26 – 30 anos (20%) e 1 tinha idade superior a 50 anos (20%).

Gráfico nº 17 - Caracterização dos Participantes relativamente à Idade



Quanto ao estado civil (gráfico nº 18), 2 elementos eram solteiros (40%), 1 elementos era casado (20%), 1 elemento vivia em união de facto (20%) e 1 elemento era divorciado (20%).

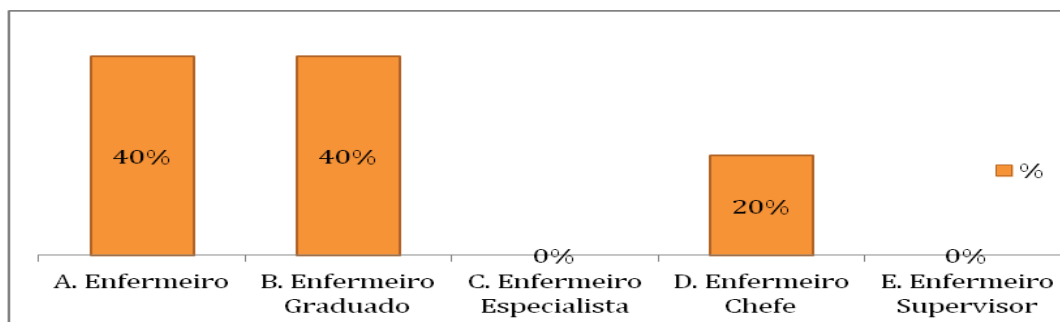
Gráfico nº 18 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Estado Civil



▪ Caracterização Profissional das participantes

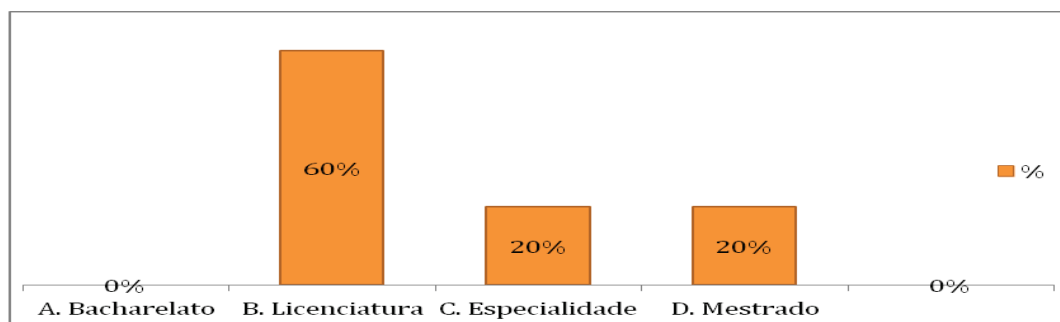
A análise dos resultados apresentados no gráfico nº 19, mostra-nos que 2 elementos dos inquiridos eram detentores da categoria de enfermeiro (40%), 2 deles eram enfermeiros graduados (40%) e 1 era enfermeiro chefe (20%).

Gráfico nº 19 - Caracterização dos Participantes relativamente à Categoria Profissional



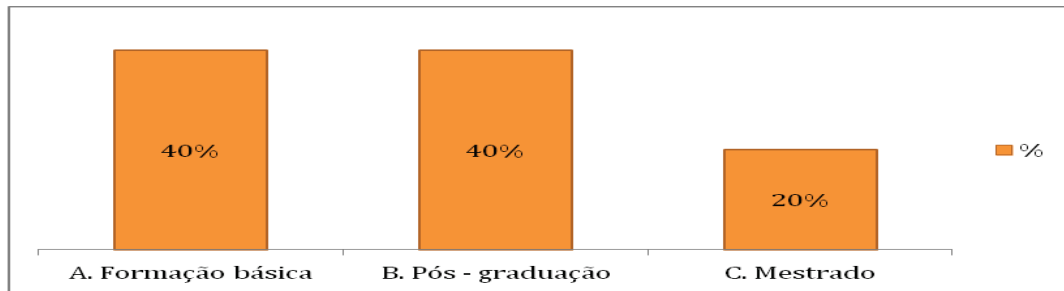
Em relação às habilitações literárias (gráfico nº 20), a grande maioria dos enfermeiros eram licenciados (3 elementos - 60%), sendo que 1 elementos tinha a especialidade (20%) e um elemento o mestrado (20%).

Gráfico nº 20 - Caracterização dos Participantes relativamente às Habilitações Literárias



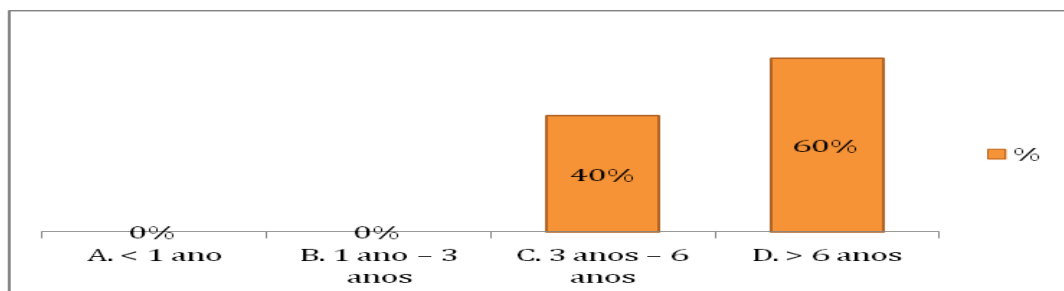
Relativamente ao tipo de formação em Cuidados Paliativos como se pode ver no gráfico nº 21, 2 dos inquiridos tinha formação básica (40%), 2 tinham pós-graduação (40%) e 1 elemento tinha mestrado em Cuidados Paliativos (20%).

Gráfico nº 21 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Tipo de Formação em Cuidados Paliativos



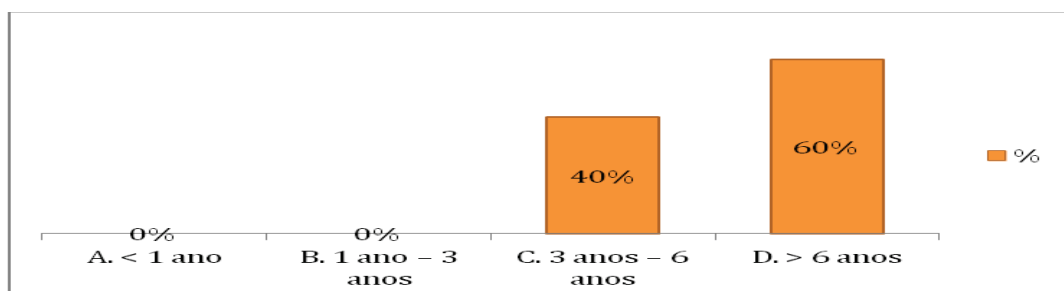
Quanto ao tempo de exercício em Unidades de Cuidados Paliativos, como se pode ver no gráfico nº 22, 3 participantes trabalhavam há mais de 6 anos (60%) e outros 2 participantes trabalhavam entre 3 a 6 anos (40%).

Gráfico nº 22 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Tempo de Exercício em Unidades de Cuidados Paliativos



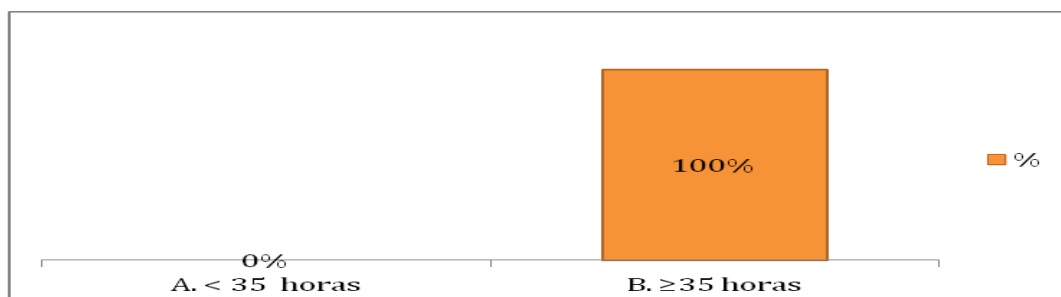
Quanto ao tempo de exercício na respetiva Unidade de Cuidados Paliativos, existem precisamente os mesmos resultados, 3 participantes trabalhavam há mais de 6 anos (60%) e outros 2 participantes trabalhavam entre 3 a 6 anos (40%), o que conclui que estes enfermeiros nunca prestaram Cuidados Paliativos noutras equipas. (Gráfico nº 23)

Gráfico nº 23 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Tempo de Exercício na Unidade de Cuidados Paliativos



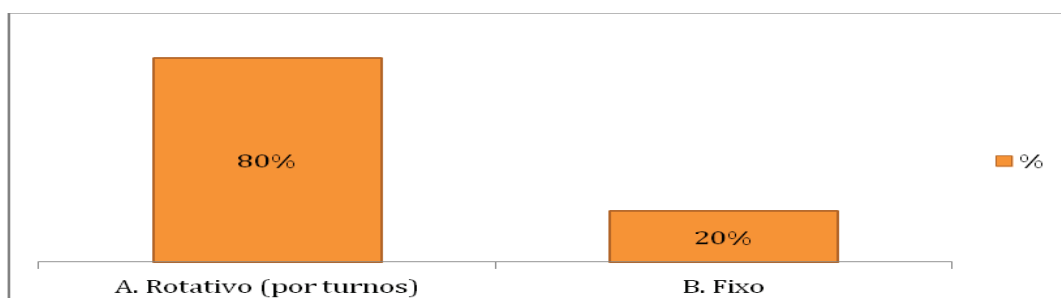
Quanto à carga horária semanal, como se pode ver no gráfico nº 24, todos os elementos trabalhavam 35 ou mais horas semanais (5 elementos - 100%).

Gráfico nº 24 - Caracterização dos Participantes relativamente à Carga Horária Semanal



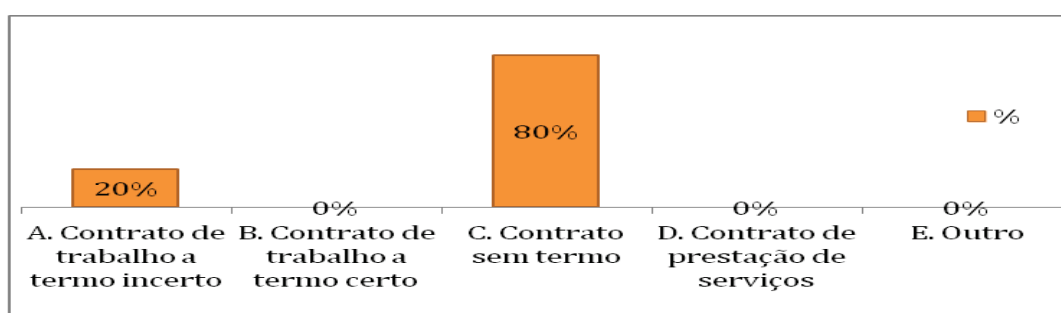
Quanto ao horário praticado a maioria dos participantes trabalhava em regime rotativo por turnos (4 elementos - 80%), exceto 1 elemento que praticava horário fixo (20%), como se pode ver no gráfico nº 25.

Gráfico nº 25 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Horário Praticado



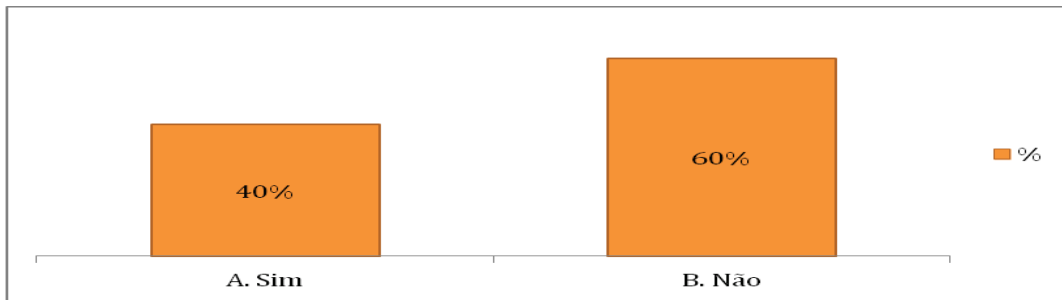
Em relação ao tipo de vínculo profissional como se pode ver no gráfico nº 26, os participantes distribuíram-se da seguinte forma: 4 tinham contrato sem termo (80%) e 1 tinha contrato de trabalho a termo incerto (20%).

Gráfico nº 26 - Caracterização dos Participantes relativamente ao Vínculo Profissional



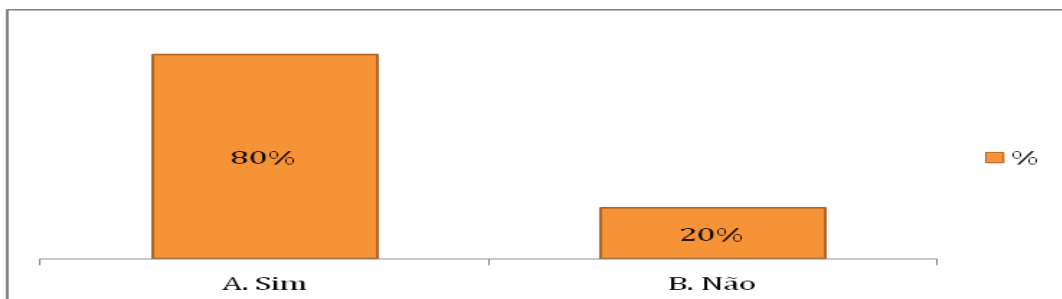
Relativamente à exclusividade ou não de funções nesta unidade, pode ver-se a partir do gráfico nº 27, 2 elementos trabalhavam noutra serviço para além deste (40%), os restantes prestavam funções exclusivamente nesta unidade (60%)

Gráfico nº 27 - Caracterização dos Participantes relativamente à Exclusividade ou não da Prestação de Cuidados nesta Unidade



Quanto à questão “está neste serviço por opção?”, apenas um elemento respondeu não (20%) os restantes participantes responderam sim (80%) como se pode ver no gráfico nº 28.

Gráfico nº 28 - Caracterização dos participantes relativamente à questão “Está neste serviço por opção?”



➤ **Objetivo nº 4: Observar sistematicamente o trabalho das enfermeiras da equipa da UAD para identificar os fatores ameaçadores e protetores do *Burnout* existentes, recorrendo a uma grelha de observação**

- Atividades propostas para atingir este objetivo:
 - Elaborar uma grelha com os fatores ameaçadores e protetores do *Burnout* nos enfermeiros em Cuidados Paliativos, inerentes ao trabalho em equipa (com base na pesquisa bibliografia sobre o tema);
 - Observação sistemática do trabalho das enfermeiras da equipa da UAD.

Como já foi referido anteriormente, a maioria dos objetivos descritos no projeto de estágio foram alterados, e dessa alteração surgiram novos objetivos. Daí surgiu a pertinência da elaboração de uma grelha de observação construída com base na bibliografia, que abordasse os fatores protetores e ameaçadores do *Burnout* nos enfermeiros em Cuidados Paliativos, inerentes ao trabalho em equipa. Esta grelha serviu de base a uma observação sistemática da equipa permitindo-me identificar os fatores ameaçadores e protetores do *Burnout* na mesma.

A grelha é constituída por 21 itens, em que 4 deles se subdividem em outros, sendo estes as reuniões de equipa, a comunicação, a liderança e o suporte educacional. (Apêndice X). A observação foi realizada em três momentos distintos, escolhendo-se o dia aleatoriamente, tendo-se estabelecido como critério o facto de que em cada observação deveriam estar diferentes enfermeiras, de modo a permitir a observação global da equipa de enfermagem.

➤ **Objetivo nº 5: Identificar os fatores ameaçadores e protetores do *Burnout* nas enfermeiras da UAD**

- Atividades proposta para atingir este objetivo:

- Identificar os fatores ameaçadores e protetores do *Burnout* nas enfermeiras em Cuidados Paliativos da UAD, inerentes ao trabalho em equipa, recorrendo à grelha de observação elaborada.

Através da grelha de observação e tendo por base a observação sistemática; não participante, observei vários fatores protetores do *Burnout*, inerentes ao trabalho em equipa, nas enfermeiras da equipa da UAD, como sendo:

A equipa era multidisciplinar, incluía todos os profissionais necessários para dar uma resposta global às necessidades multidimensionais do doente em fim-de-vida, como: médico, enfermeiro, assistente social, assistente espiritual, psicólogo, entre outros e como refere Payne (2000); Cortés (2009); Speck (2009); Doyle (2009), os CP reconhecem a necessidade de apoiarem o seu trabalho numa equipa, que deverá ser multidisciplinar. Cortés (2009), sublinha ainda a interação que permite aos profissionais de saúde partilharem conhecimentos e assim, contribuírem para uma prestação de cuidados global ao doente e família colocando-os no centro dos cuidados, ao contrário da cultura do contexto de saúde onde o médico é a força da equipa. (Youngwerth, 2011; Goldsmith, 2010)

Outro fator identificado foi a partilha de interesses/objetivos/valores/tarefas comuns; tal como referem alguns autores na bibliografia consultada, como é o caso de Payne (2000), as características básicas da equipa são: partilha de um interesse e objetivo comuns, conjunto de valores, tarefas comuns, sentimento de pertença e lealdade ao grupo.

Outros fatores identificados foram a definição clara de papéis e responsabilidades; a compreensão e respeito do papel de cada elemento; o não acumular tarefas por um mesmo indivíduo; a prestação de cuidados com base na evidência; a existência de protocolos de cuidados. Estes vão ao encontro do documento emitido pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) em 2006, que reúne os critérios de qualidade para as unidades de CP: a equipa deve ser estruturada, com identificação do coordenador e das funções de cada elemento para não haver o acumular de tarefas por um mesmo indivíduo; deve haver compreensão e respeito pelo papel de cada elemento; devem existir protocolos de cuidados e a prestação de cuidados deve ser realizada com base na evidência, pois isto permitirá diminuir o conflito na equipa, contribuindo para a prestação de cuidados com maior qualidade.

Trabalho diurno e fixo foi outro fator protetor identificado. Esta equipa tinha essa mais valia pois sendo o horário fixo das 8h às 16h não tinha implicações relacionadas com o trabalhar por turnos ou no período noturno, que como se encontra na bibliografia é um fator ameaçador do *Burnout*.

A motivação foi outro fator protetor identificado, pois embora numa das observações tenha notado falta de motivação num dos elementos; na generalidade observei grande motivação e, segundo Cortés (2009), uma equipa eficaz inclui algumas características, tais como: motivação que se traduz no empenho no que se realiza, atingindo desta forma as metas da equipa. Estes mesmos autores consideram que uma equipa é eficaz quando inclui o reconhecimento, ou seja, quando os elementos se sentem valorizados. Nesta equipa isso foi bem notório, entre os próprios membros da equipa uns com os outros e em grande parte pelos doentes e pelos familiares. Sendo também o reconhecimento do trabalho um fator protetor a considerar. Outro fator que estes mesmos autores consideram relevante que uma equipa tenha para a sua eficácia é a autonomia, que apesar de haver um turno em que tenha notado falta de autonomia por parte de um elemento, foi algo que não posso generalizar e até considero normal, uma vez que esse elemento talvez pudesse ter menos experiência na área e procurasse ajuda nas questões que não lhe eram tão familiares.

Outros fatores protetores do *Burnout* identificados foi o facto do relacionamento entre colegas não ser conflituoso de um modo geral, mas quando o era, a capacidade de resolução de conflitos estava bem presente. Estes são dois fatores que Speck (2009) considera também serem protetores do *Burnout*.

As reuniões de equipa diárias foram também identificadas como um fator protetor do *Burnout* na equipa. Segundo Speck (2009); Ferris (2002) e Arber (2008) estas são fundamentais para promover a colaboração interdisciplinar e são uma fonte de informação e distribuição da mesma. Segundo Youngwerth (2011), as reuniões de equipa estão associadas à eficácia do Trabalho em Equipa e a altos níveis de inovação. É, segundo Cortés (2009) um espaço que permite estabelecer um plano de cuidados holístico para cada doente e ainda é, segundo Cortés (2009); Speck (2009); Arber (2006) um espaço que permite a tomada de decisões, em conjunto, sobre vários temas. Além disto, permitem também explorar os limites de cada grupo profissional, rever casos dos doentes, discutir situações stressantes. Em todas as reuniões de equipa que participei, estiveram presentes todas as características a que os autores fazem referência na bibliografia, ajudando assim na prevenção do *Burnout*.

A comunicação efetiva entre os diferentes profissionais da equipa e entre os profissionais e os doentes/famílias, é identificada por Payner (2000) e Cortés (2009) como um fator protetor do *Burnout*, pois a comunicação quer verbal, quer não-verbal, afeta o alcance dos objetivos da equipa. A capacidade de escuta, de compreensão, de estar atento e a demonstração de compreensão e atenção pelo doente/família e colegas, são características que estiveram sempre inerentes ao ato de cuidar. Nesta equipa, verificou-se também uma comunicação eficaz com o enfermeiro com formação avançada em CP, sempre num clima de liberdade para discordar, facto este que segundo Street (2001) contribui também para uma comunicação efetiva e conseqüentemente para a prevenção do *Burnout*.

A formação é parte integrante e crucial numa equipa de CP. Os elementos desta equipa interessavam-se pela sua formação individual e da equipa participando em reuniões científicas, fazendo formação, tirando dúvidas uns com os outros, discutindo casos clínicos. Estes são fatores que Cortés (2009) e APCP (2006) consideram como protetores do *Burnout*.

A formação interna ou contínua em serviço também estava presente através da realização de reuniões de equipa, de revisões de temas. Tinham também um plano anual de formação na unidade e um plano de investigação que assim como o National Consensus Project for Quality Palliative Care também a APCP afirmam a importância de manter um suporte educacional e ser promovido o treino da equipa no âmbito das temáticas em CP.

A liderança nesta equipa também ia ao encontro daquela que previne o *Burnout*. Como refere Speck (2009) para que o líder consiga uma boa dinâmica na equipa, é fundamental que perceba as necessidades dos seus membros, reconheça que a pressão sobre a equipa pode afetar negativa ou positivamente a motivação, e que tenha interesse pela opinião de todos os elementos para a tomada de decisão sobre qualquer assunto. Pereira (2011) referem ainda que no contexto de CP e numa equipa interdisciplinar, a liderança não

deve ser constante, podendo o líder não liderar em todas as situações complexas, devendo existir flexibilidade dependendo das necessidades do doente. Tudo isto, foi bem visível nesta equipa, sendo então também a liderança um fator protetor do surgimento do *Burnout*.

Relativamente aos fatores ameaçadores do *Burnout* identifiquei um:

- Não existe apoio psicológico às enfermeiras;

○ **Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos**

➤ **Objetivo nº 1: Conhecer as dinâmicas dos enfermeiros da equipa da UCCP**

- Atividades propostas para atingir este objetivo:
 - Integrar a equipa de enfermagem da UCCP, conhecer a estrutura física e organizacional da unidade relativamente à filosofia, objetivos, missão e valores, características físicas;
 - Colaborar no planeamento e prestação dos cuidados.

A Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do HP foi uma das minhas escolhas para realizar o estágio. A opção por este local prendeu-se pela idoneidade da instituição e do serviço, pela vasta experiência na prática de Cuidados Paliativos, pela necessidade de conhecer uma realidade diferente de prestação de Cuidados Paliativos, adquirir novos conhecimentos e sedimentar os já adquiridos ao longo da minha prática clínica/teoria. Quanto ao conhecimento da estrutura física e organizacional da unidade relativamente à filosofia, objetivos, missão e valores, da história, das suas regras de funcionamento e das características físicas foi conseguido através da leitura de informação da instituição e da recolha de informações junto dos elementos da equipa, como já descrevi anteriormente, aquando da descrição dos serviços.

Quanto à colaboração e prestação dos cuidados, ao longo de todo o estágio, a observação participante (acompanhamento e envolvimento na prestação de cuidados) foi o método que privilegiei por me permitir integrar na equipa e sedimentar/adquirir competências. Considero que isto foi bem conseguido, pois é uma equipa dinâmica e jovem com um espírito aberto, com formação e prática em Cuidados Paliativos, motivada e vocacionada para o que faz, assim sendo proporcionaram-me momentos de reflexão conjunta permitindo-me partilhar a compreensão das situações acompanhadas, reajustar informações e aprender novas estratégias de intervenção, com sedimentação da prática já realizada diariamente no meu contexto de trabalho.

Assim como na UAD também nesta unidade para além de uma boa comunicação com a equipa, desenvolvi bastante a ferramenta da comunicação com os doentes/familiares, pois os doentes, na sua maioria, apresentavam-se também numa fase da doença em que a comunicação ainda não se encontrava afetada e foi possível estabelecer uma boa relação enfermeiro-doente. A capacidade de escuta, de compreensão, de estar atento e a demonstração de compreensão e atenção pelo doente, são características que estiveram sempre presentes no cuidar.

Também nesta unidade tive a oportunidade de cuidar de doentes com prognósticos reservados e com necessidade de uma constante avaliação dos sintomas, o que me permitiu aprender e consolidar práticas, como as descritas nos exemplos a que faço referência ao longo deste relatório.

Nesta unidade, houve ainda a possibilidade de participar em conferências familiares e desenvolver competências de apoio à família. Uma das conferências que me faz sentido referir neste contexto, foi aquela em que prestei apoio a uma família de uma doente em fase agónica. O confronto dos filhos com esta situação não estava a ser fácil e abordá-los neste sentido e com questões práticas sobre a morte, não foi de trato fácil, pois infelizmente a morte continua a ser um tabu na sociedade atual e as pessoas vivem presas ao conceito de cura, ignorando o bem-estar e o conforto do doente. Contudo, através do confronto com a realidade e da utilização de perícias básicas de comunicação (que fui descrevendo ao longo deste relatório), conseguiu-se ajuda-los a viver um luto antecipado de forma serena.

Presenciei ainda uma reunião semanal multidisciplinar onde foi visível o interesse dado a cada área. A presença de diversas áreas na mesma equipa permitiu uma visão mais holística da pessoa doente e da sua família, quer no momento da avaliação, quer nas intervenções, quer nas discussões de casos concretos. Nesta, estive mais uma vez presente a importância que esta equipa dá à formação constante, através da realização do *journal club*.

Ainda nesta unidade, considero importante salientar a presença de enfermeiros especialistas em reabilitação, pois permitiam, quando necessário, a reabilitação respiratória e a reabilitação circulatória (relaxamentos); assim como ajudavam na manutenção ou aumento da capacidade funcional e autonomia, tendo como intuito a alta ou o bem-estar físico e psíquico do doente.

Outra mais valia que este estágio me trouxe foi o “bichinho” com que fiquei por uma maior pesquisa relativamente aos cuidados às ostomias, pois sempre foi uma lacuna que identifiquei no meu processo de aprendizagem, e tendo a minha orientadora muito conhecimento na área, foi uma oportunidade muito importante.

Assim, o partilhar este tempo de estágio com profissionais como estes permitiu-me um reaprender o “todo”: o doente, o seu olhar, o seu silêncio, as suas queixas, os seus medos, fazendo uma avaliação do conjunto de necessidades em todas as vertentes: física, psicológica, espiritual, social. Tudo isto contribuiu para o meu crescimento quer ao nível da maturidade profissional, quer ao nível da capacidade de adaptação às diferentes realidades profissionais, estimulando ainda mais a minha “paixão” pela prestação de Cuidados Paliativos.

➤ **Objetivo nº 2: Sensibilizar os enfermeiros da equipa da UCCP para a pertinência do projeto “Burnout nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”**

- Atividade proposta para atingir este objetivo:
 - Apresentar o projeto aos enfermeiros da equipa da UCCP numa reunião específica subordinada ao tema: “Burnout nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”.

➤ **Objetivo nº 3: Aplicar um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional aos enfermeiros da UCCP**

- Atividade proposta para atingir este objetivo:
 - Solicitar aos enfermeiros da UCCP o preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional para melhor conhecer as características pessoais e profissionais dos mesmos.

➤ **Objetivo nº 4: Observar sistematicamente o trabalho dos enfermeiros da equipa da UCCP, para identificar os fatores ameaçadores e protetores do Burnout existentes, recorrendo a uma grelha de observação**

- Atividades propostas para atingir este objetivo:
 - Elaborar uma grelha com os fatores ameaçadores e protetores do Burnout nos enfermeiros de Cuidados Paliativos, inerentes ao trabalho em equipa (com base na pesquisa bibliografia sobre o tema);
 - Observação sistemática do trabalho dos enfermeiros da equipa da UCCP.

➤ **Objetivo nº 5: Identificar os fatores ameaçadores e protetores do *Burnout* nos enfermeiros da UCCP**

- Atividade proposta para alcançar este objetivo:
 - Identificar os fatores ameaçadores e protetores do *Burnout* nos enfermeiros da UCCP, inerentes ao trabalho em equipa, recorrendo à grelha de observação elaborada.

Tendo em conta que na UAD foi necessário reajustar os objetivos inicialmente propostos no projeto, e que desse reajuste surgiram os que estão expressos anteriormente, propus-me realizar os mesmos na UCCP. No entanto, após análise e discussão desses objetivos com a enfermeira coordenadora, a enfermeira chefe e com a minha enfermeira orientadora de estágio, verificou-se que não seriam realizáveis naquele contexto. Assim, foram redefinidas as estratégias mais adequadas para a prática clínica naquele contexto. Decidiu-se privilegiar a observação participante e a realização de um *journal club* com uma apresentação sobre a Revisão Sistemática da Literatura realizada em Outubro de 2012 sobre: “Fatores que influenciam o Síndrome de *Burnout* nos Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos”. (Apêndice XI)

A Revisão Sistemática da Literatura surgiu com o intuito de dar resposta ao momento de avaliação do 10º Módulo do Mestrado. Deste modo, foi proposto que cada formando, individualmente ou em grupo, elaborasse um desenho de uma Revisão Sistemática da Literatura. Seguidamente, apresenta-se os tópicos da mesma:

○ **Tema /Título**

Burnout nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos

○ **Questão de partida**

Quais os fatores organizacionais que influenciam os níveis de *Burnout* nos enfermeiros que exercem as suas funções em Cuidados Paliativos?

○ **Objetivos**

- Verificar se os enfermeiros que trabalham em Cuidados Paliativos apresentam síndrome de *Burnout*;

- Identificar os fatores organizacionais que contribuem para o aparecimento do *Burnout* nos enfermeiros em Cuidados Paliativos.

- **Fundamentação da escolha: pertinência teórica e prática**

O trabalho assume uma importância fundamental na vida de um indivíduo. Para além de ocupar cerca de um terço da sua existência, a atividade profissional constitui um ingrediente essencial da identidade da pessoa. Nos últimos anos, tem-se dado uma importância crescente ao impacto do trabalho na saúde física e mental do ser humano, pois este tipo de ambientes, na sua maioria, são frios, hostilizados, exigentes e voltados, principalmente, para o alcance dos objetivos operacionais de produtividade das organizações. Este contexto acaba por pressionar emocional e psicologicamente os trabalhadores, o que pode contribuir para o surgimento do *Burnout* (Benevides, 2002).

Delbrouck (2006) define o *Burnout* como um tipo de stress ocupacional e institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente quando esta atividade é considerada de ajuda, como é o caso da Enfermagem. Nesta profissão encontram-se presentes diversos agentes stressores que podem contribuir para o aparecimento do *Burnout*. Alguns estão relacionados com o contexto institucional, organizacional e social, outros com a natureza dos próprios cuidados. Em Cuidados Paliativos, para além de todos estes agentes a que os enfermeiros poderão estar sujeitos no exercício da sua profissão, vários autores são unânimes em considerar que os profissionais desta área do cuidar estão sujeitos ao grande desafio de trabalhar de forma próxima e intensa com o doente terminal, respetivas famílias e com a morte. Assim, achou-se pertinente direcionar a abordagem para o conhecimento dos fatores externos, como os organizacionais, pois são fatores mais acessíveis para intervir e alterar, prevenindo desta forma o *Burnout* nos enfermeiros que exercem as suas funções nesta área do cuidar.

- **Descritores de pesquisa**

Organizational factors; Burnout; Nurses; Palliative Care

- **Horizonte temporal de pesquisa**

Nos últimos 2 anos.

○ **PICOD**

Participantes: Enfermeiros que exercem funções em Cuidados Paliativos.

Intervenções: Identificação dos fatores organizacionais que levam ao *Burnout* nos enfermeiros em Cuidados Paliativos.

[C]omparações: Comparar os fatores identificados pelos participantes no estudo.

Resultados (Outcomes): Fatores organizacionais que contribuem para o aparecimento do *Burnout* nos enfermeiros em Cuidados Paliativos.

Desenho do estudo: Qualitativo.

○ **Critérios de inclusão e de exclusão**

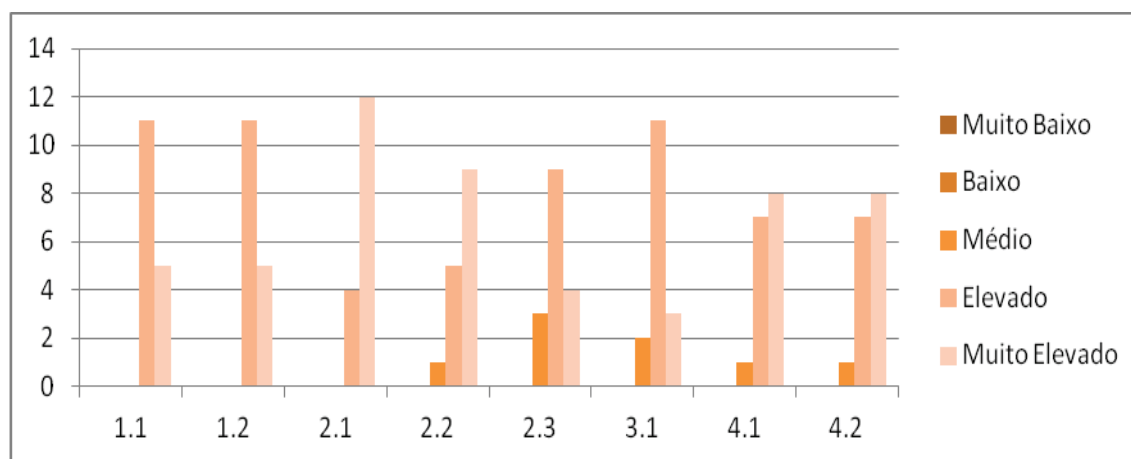
Critérios de inclusão: estudos de natureza qualitativa; estudos com enfermeiros que exercem Cuidados Paliativos, exclusivamente; estudos que tem definido os últimos dois anos como horizonte temporal.

Critérios de exclusão: estudos desenvolvidos em outros serviços que não sejam Unidades de Cuidados Paliativos; estudos com outros profissionais que não sejam enfermeiros.

Através da aplicação de um questionário de avaliação da apresentação (Apêndice XII), esta foi avaliada favoravelmente pelos elementos presentes, assim como se pode ver pelos resultados obtidos no gráfico nº 29.

Verificou-se então que num total de 16 pessoas, relativamente à articulação dos temas - 11 consideraram *elevado* e 5 *muito elevado*. Quanto à organização da apresentação em geral - 11 consideraram *elevado* e 5 consideraram *muito elevado*. Quanto ao interesse dos temas apresentados - 12 consideraram *muito elevado* e 4 consideraram *elevado*. Quanto à aplicabilidade dos temas no desempenho dos profissionais presentes- 9 consideraram *muito elevado*, 5 consideraram *elevado*, um considerou *médio*, e um não respondeu. Quanto ao facto de os temas terem sido apresentados com profundidade - 9 consideraram *elevado*, 4 *muito elevado* e 3 *médio*. Quanto ao material de apoio pedagógico - 11 consideraram *elevado*, 3 *muito elevado* e 2 *médio*. Quanto ao facto de os formadores dominarem o tema - 8 consideraram *muito elevado*, 7 *elevado* e 1 considerou *médio*. Quanto à prestação geral dos formadores - 8 consideraram *muito elevado*, 7 *elevado* e 1 considerou *médio*.

Gráfico nº 29 - Apresentação dos resultados relativamente à avaliação da apresentação: Revisão Sistemática da Literatura - “Fatores que influenciam o Síndrome de *Burnout* nos Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos”



Com o atingir dos objetivos anteriormente descritos, no final da realização da prática clínica considero que alcancei as seguintes competências:

- Integra os princípios e a filosofia dos Cuidados Paliativos na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde;
- Analisa os valores e crenças pessoais em diferentes contextos de CP;
- Avalia e alivia a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica;
- Atua como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade;
- Avalia e controla necessidades psicossociais e espirituais dos pacientes e família;
- Analisa em profundidade e atua como consultor em aspetos éticos, legais e culturais inerentes aos CP;
- Comunica de forma terapêutica com paciente, familiares e equipa de saúde;
- Implementa programas de luto para pacientes e familiares;
- Implementa, avalia e monitoriza planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da equipa de CP;
- Promove programas de formação em CP para diferentes profissionais de saúde;

- Estrutura e implementa programas em CP;
- Avalia a qualidade dos serviços e programas implementados.

Conclusão

A conclusão deste relatório traduz o *términus* da última etapa do I Mestrado em Cuidados Paliativos. Nele procurou-se de um modo reflexivo agrupar todo o trabalho realizado com vista ao desenvolvimento de competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, à sua família e ao seu grupo social, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos CP; e ainda ao desenvolvimento de competências instrumentais, interpessoais e sistémicas nas quatro áreas-chave dos CP.

Os campos de estágios, UAD do IPO e a UCCP do HP, foram excelentes escolhas, pois são dois locais de excelência em Portugal na área dos CP. Nesta prática assistencial, consegui mobilizar e integrar alguns dos conhecimentos que adquiri ao longo do mestrado, procurando percorrer todos os pilares dos Cuidados Paliativos, desde a comunicação e o apoio à família, passando pelo trabalho em equipa e pelo controlo de sintomas. Estes estágios permitiram que conseguisse fazer uma reflexão acerca da tipologia e modelos organizativos quer da UAD do IPO, quer da UCCP do HP; adquirir competências e melhorar as já adquiridas, habilitando-me para uma intervenção melhor e fundamentada, facilitadora na tomada de decisão, conducente de uma visão mais direcionada para as reais necessidades do doente e da família em Cuidados Paliativos. E, embora o período de tempo em cada local de estágio tenha sido muito curto, e por isso possa ter sido penalizada na quantidade de experiências vividas; as que vivi, vivi de forma intensa e profunda, dando-me ainda a oportunidade de vivenciar a realidade de internamento em outra unidade diferente daquela onde presto funções e ainda a realidade em contexto de domicílio. Por outro lado, isto também exigiu uma elevada capacidade de adaptação aos locais, aos contextos, às equipas e aos diferentes profissionais com os quais contactei.

A intervenção no meu local de trabalho foi uma mais valia para mim porque foi o concretizar de uma ideia já anteriormente idealizada; e para o serviço porque consegui a partir deste projeto identificar um problema de *Burnout* e atuar perante este. O *Burnout* é um síndrome por vezes silencioso que necessita ser avaliado com a máxima atenção para que se possa antecipar a prevenção e o tratamento das suas complicações. É imperioso abordar este tema sem tabus, tão premente na realidade e conjuntura atuais e alertar as entidades responsáveis e a sociedade em geral para a necessidade de incrementar políticas de treino e formação profissional avançada, políticas de apoio social e psicológico, políticas de gestão de recursos humanos e materiais adequadas, com o intuito de prevenir o desgaste físico e emocional das

equipas em Cuidados Paliativos. É primordial que os enfermeiros cuidem de si, para poderem cuidar dos outros.

Na realização deste relatório foram sentidas algumas dificuldades, nomeadamente quando se verificou que os objetivos propostos no projeto de intervenção para a prática clínica não seriam realizáveis nestes contextos, levando a uma nova reformulação, colocando em causa, em alguns momentos, a concretização deste trabalho. Essas dificuldades foram sendo ultrapassadas, sobretudo com o apoio da orientadora, Professora Doutora Paula Sapeta e com a minha vontade, persistência, empenho, dedicação e compromisso pessoal.

O Mestrado foi lugar de oportunidades, de reflexão, de partilha, de crescimento pessoal e profissional pois aprendi, pensei, questionei, refleti, para uma melhor prática. Contudo, o caminho a percorrer é longo...somente com a ajuda de quem sofre e em equipa se poderá, com humildade, chegar mais longe na investigação e na prática para se poder ajudar a viver a vida de forma tão única.

Bibliografia

- Aaronson N, et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 85 (5): 365-76.
- Abalo, J., Roger, M. (1999). El desgaste profesional (*Burnout*) en los equipos de cuidados paliativos: mito o realidad. In Gómez-Sancho, M. et al. *Medicina Paliativa en la cultura latina*. pp. 1005-1016. Madrid: Arán Ediciones.
- Ablett, J., Jones, R. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses experience of work. *Psycho Oncology*, 16: 733-740.
- Agostinho, M., Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de avaliação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Nº 32: 6-17.
- Albaladejo, R., Villanuev, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., Domínguez, V. (2004). Síndrome de *Burnout* en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 78 (4): 505-516.
- Antunes. (1998). in Serrão, D., Nunes, R.. *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.
- Arber, A. (2006). "Pain talk" in hospice and palliative care team meetings: an ethnography. *Int J Nurs Stud*, 44: 916-26.
- Arber, A. (2008) Team meetings in specialist palliative care: asking questions as a strategy within interprofessional interaction. *Qual Health Res*, 18(10): 216-27.
- Arranz, E., Auñón, P., Ordóñez. (1996). El síndrome de agotamiento profesional. In González-Barón, M., Ordóñez, A., Feliu, J., Zamora, P., Espinosa, E.. *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. pp. 1334-1342.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, Organização de Serviços de Cuidados Paliativo: Recomendações, Março de 2006 in www.apcp.pt.
- Benavides-Pereira, A., Moreno-Jimenez, B. (2003). O *Burnout* e o profissional de Psicologia. *Revista Eletronica InterAcao Psy*, 1 (1): 68-75.
- Benevides-Pereira, A. (2002). *Burnout: Quando o Trabalho Ameaça o Bem-Estar do Trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bernardo A, Rosado J e Salazar H. (2010). Trabalho em equipa. In: Barbosa A, Neto I. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bernardo, C. Nos Cuidados Paliativos. In Baracat, F [et al.]. (2000). *Cancerologia actual: enfoque multidisciplinar*. São Paulo: Roca. pp.548.
- Bruera e Osta in BRUERA, Eduardo et al. (2006). *Textbook of Palliative Medicine*. 1ª Edição. Londres: Hodder Arnold.
- Buckman. R. (1998). Communication in palliative care: a practical guide. In: Doyle D, et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Calman in Doyle, D. et al. (2004). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd Edition. New York: Oxford University Press.
- Capelas e Neto (2010). In Barbosa, A., Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Capelas, M. (2009). Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cardernos de Saúde*, 2 (1): 51-57.

Castro, J. A., Paredes, M., & Vilorio, H. (2004). *Definición del Síndrome del Burnout. Resumos do 5o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde "A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança"*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

Cavaleiro, R. (2010). *Burnout nos Profissionais de Saúde dos Serviços de Psiquiatria/Paliativos/Dermatologia* (tese de Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa. Acedido a 10 de Abril de 2013, em: http://repositorio.up.pt/bitstream/10451/4177/1/620632_Tese.pdf.

Cavaleri, T. (2001). Ethical issues at the end of life. *JAOA*. 101(10): 616-622.

Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout: Job stress in the human service*. Beverly Hills: Sage Publications.

Clark, D. (2004). "History, gender and culture in the rise of palliative care", in Payne, S., Seymour, J., Ingleton, C. *Palliative Care Nursing: principles and evidence for practice*. Glasgow: Open University Press.

Cortés, C., Sancho, M., Vicuña, M., López, A. (2009). *Manual de medicina paliativa*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.

Delbrouck, M. (2006). *"Síndrome de Exaustão (Burnout)"*. Lisboa: Climepsi.

Doyle, D. (2009). *Getting Started: Guidelines and suggestions for those starting a hospice/palliative care service*. 2ª Edição. Houston: IAHP Press.

Doyle, Derek *et al.* (2004). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3ª Edição. New York: Oxford University Press.

Dunwoodie, D., Aurent, K. (2007). Psychological morbidity and *Burnout* in palliative care doctors in Western Australia. *Internal Medicine Journal*, 37: 693-698.

Ferris, F., Balfour, H., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C. et al. (2002). *A model to guide hospice palliative care: based on national principles and norms of practice*. Canadá: Canadian Hospice Palliative Care Association.

Floriani, C., Schramm, F. (2006). Cuidador do idoso com câncer avançado: um actor vulnerado. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (3): 527-532.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30 (1): 159-165.

García, E., Rodríguez-Salvanés, F., González-González, R., Luque, M., Sánchez, A. (2008). Síndrome de *Burnout* en profesionales sanitarios de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. *Medicina Paliativa*, 15 (5): 273-278.

Garcia, M. (1990). *Burnout* Professional en organizaciones. *Boletín de Psicología*, 29: 7-27.

Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de *Burnout*) em profissionais de enfermaria. *Revista Eletronica InterAcao Psy*, 1: 19-33.

Gil-Monte, P. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) como fenómeno transcultural. *Informació Psicológica*, 91(92): 4-11.

Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., Rodriguez, D., Sanchez-Reilly, S. (2010) Interdisciplinary geriatric and palliative care team narratives: collaboration practices and barriers. *Qual Health Res*, 20(1): 93-104.

- Gómez-Batiste, X. *et al.* (2007). Catalonia WHO palliative care demonstration project at 15 years. *Journal of pain and symptom management*, 33(5): 584-590.
- Gómez-batiste, X. *et al.* (2010). Modelos de atención y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 135 (2): 83-89.
- Kottow M. (1995). *“Introducción a la Bioética”*. Chile: Editorial Universitaria.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Landeiro, E. (2011). *Viagem pelo mundo da ansiedade, Burnout e perturbação depressiva*. Acedido em 27 de janeiro de 2012, em: psicologia.pt/artigos/textos/A0592.pdf.
- Lazure H. (1994). Viver a relação de ajuda- abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta.
- Leal, M. (1998). *“Stress e Burnout”*. Porto: Ed. Bial.
- Lourenço, I. (2006). *A espiritualidade no processo terapêutico: realidade e importância*. Coimbra: Quarteto. pp. 135.
- Maia, O., Lopes, W. (2000). O enfermeiro e a morte. *Revista de Formação Contínua de Enfermagem*, 21: 30-33.
- Maroco, J., Tecedor, M. (2009). Inventário de *Burnout* de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2): 227-235.
- Maroco, J., Tecedor, M., Martins, P., Meireles, A. (2008). O *Burnout* como fator hierárquico de 2ª ordem da Escala de *Burnout* de Maslach. *Análise Psicológica*, 4: 639-649.
- Martín, M., Fernández, F., Gómez, R. & Martínez, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al *Burnout* en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5): 313-317.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about Burnout: how organization cause*,
- Maslach, C. (1987). *Burnout research in the social services: A critique. Burnout among social workers*. New York: Haworth Press.
- Maslach, C. e Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced *Burnout*. *Journal of Occupational Behaviour*. 2: 99-113.
- Maslach, C., Leiter, M. (1997). *The truth about Burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco-US: Jossey-Bass.
- Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. (2001). Job *Burnout*. In Fiske, S., Schacter, D., Zahn-Waxler, C. (Eds.), *Annual Review of Psychology*. 52: 397-422.
- Melo, B., Gomes, A., Cruz, J. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do *Burnout* para os profissionais de psicologia; Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. *Associação dos Psicólogos Portugueses*, VI: 596-603.
- Ministério Da Saúde. (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Direcção Geral de Saúde, Conselho Nacional de Oncologia.
- Ministério da saúde. 2010. *Plano Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido em 15 de Maio, em: www.min-saude.pt.

- Monroe, M., Oliviere, D. (2006). Resilience in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 13(1): 22-24.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar. Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Murofuse, N., Abranches, S., Napoleão, A. (2005). Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13 (2): 255-61.
- Neimeyer, R. (2005). Grief, loss, and the quest for meaning – narrative contributions to bereavement care. *Bereavement Care*, 24 (2): 27-30.
- Neto, I., Aitken, H., Paldrön, T. (2004). *A Dignidade e o Sentido da vida : Uma reflexão sobre a Nossa Existência*. 1ª Edição. Pergaminho.
- Neto, I., Barbosa, A. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Oliveira, C., Ferreira, F., Alfaiate, M., Silva, L., Matos, T. (2008). Os enfermeiros perante a morte: Nurses and Death. *Revista Nursing*. Lisboa: Serra Pinto.
- Payne, M. (2000). *Teamwork in multiprofessional care*. New York: Palgrave.
- Penson, R., Dignan, F., Canellos, G., Picard, C., Lynch, T. (2000). *Burnout: caring for the caregivers*. *The Oncologist*, 5: 425-434.
- Pereda-Torales, L., Celedonio, F., Vásquez, M., Zamora, M. (2009). Síndrome de *Burnout* en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32: 399-404.
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasau (Formação em Saúde, Lda.). 446p.
- Pereira, S., Fonseca, A., Carvalho, A. (2011). *Burnout* in palliative care: a systematic review. *Nursing Ethics*, 18 (3): 317-326.
- Queirós, P. (2005). *Burnout* no trabalho e conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11: 3-15.
- Ríos-Castillo, J., Barrios-Santiago, P., Ocampo-Mancilla, M., Ávilas-Rojas, T. (2007). Desgaste profissional en personal de enfermeira. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45 (5): 493-502.
- Ritto, C., Pina, P. et al. (2012). *Manual de Dor Crónica*. Lisboa: Fundação Grunenthal, Anedo.
- Rodrigo, M.L. (1995). Estres de los profesionales de enfermería: Sobre que o quien repercute? *Revista Rol de Enfermería*, 201: 65-68.
- Roger, D., Nash, P. (1993). Taking Control. *Nursing Times*, 89 (29): 44-46.
- Rutter, M.(1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal Psychiatry*, 147: 598-611.
- Sá, L., Fleming, M. (2008). Bullying, *Burnout*, and Mental Health Amongst Portuguese Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29 (4): 411- 426.
- Schaufeli, W. (1999). *Burnout*. In Firth-Cozens, J., Payne, R. *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Intervention* (pp. 17-33). New York: John Wiley & Sons Ltd. Schwab.

- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos - colégio de cuidados de enfermagem. (1999). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos - "Cuidar": éticas e práticas*. Loures: Lusociência.
- Speck, P. (2009). Team or group - spot the difference. In: Speck, P. *Teamwork in palliative care: fulfilling or frustrating?*. Oxford: Oxford University Press.
- Street, A., Blackford, J. (2001). Communication issues for the interdisciplinary community palliative care team. *J Clin Nurs*, 10: 643-50.
- Taboada. (2006). In Bruera, E. et al.. *Textbook of Palliative Medicine*. 1ª Edição. Londres: Hodder Arnold.
- Temmink, D. [et al]. (2000). Innovation in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. *Journal of Advance Nursing*. Oxford. pp. 1449-1458.
- Trigo, T., Teng C. & Hallak, J. (2007). Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(5): 223-233.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vieitas, M. (1995). Intervenção Psicológica num Serviço de Oncologia. In McIntyre, T., Vila-Cha, C. *O Sofrimento do doente: Leituras Multidisciplinares*. Porto: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Vives, J. (1994). Resposta emocional al estres laboral. *Revista rol de enfermaria*, 186: 31-39.
- Youngwerth J., Twaddle, M. (2011). Cultures of interdisciplinary teams: How to foster good dynamics. *J Palliat Med*, 14(5): 1-6.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Requerimento - Aprovação do projeto de intervenção na UCP

Ex.ma Senhora Enfermeira Directora Irmã Paula Carneiro

Assunto: Requerimento

Idanha, Maio de 2013

Eu, Daniela Salvado de Ascensão, mestranda do I Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e enfermeira na Unidade de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha, venho por este meio solicitar, no âmbito do meu Projecto de estágio “*Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”, a autorização para a aplicação de um questionário de caracterização sócio-demográfica e profissional aos enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos com o objectivo de conhecer melhor as características pessoais e profissionais dos mesmos; e a aplicação de uma escala de avaliação do *burnout* - Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) em conjunto com um indicador de qualidade, em dois momentos distintos - antes e depois da minha intervenção (formação em serviço sobre o tema e a elaboração de um Programa de Actividades para a Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos) para perceber o nível de *burnout* existente nos enfermeiros e o impacto da minha intervenção no mesmo. Todo este material, permitir-me-á ainda avaliar o nível de *burnout* nos enfermeiros (mesmo depois do término da prática clínica) para poder intervir consoante as necessidades detectadas.

A este requerimento juntam-se os seguintes documentos em anexo:

1. Questionário de caracterização sócio-demográfica e profissional
2. Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS)
3. Indicador de qualidade

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e fico ao dispor.

Com os melhores cumprimentos.

A mestranda

Daniela Salvado de Ascensão

Tomei conhecimento

Paula Jacinta Moura Gonçalves Pereira

APÊNDICE II

Consentimento Informado (UCP)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Daniela Salvado de Ascensão, mestranda do I Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um projeto de estágio com o tema “*Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”.

O projeto tem como finalidade:

- A aplicação de um Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional, com o intuito de conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros da equipa;
- A aplicação da Escala de Avaliação do *Burnout* – Maslach *Burnout* Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) em conjunto com o Indicador de Qualidade “Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”, em dois momentos distintos – 1ª avaliação – antes da minha intervenção (formação em serviço sobre o tema e a elaboração de um Programa de Atividades para a Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos) e uma 2ª avaliação depois da mesma, para perceber o nível de *Burnout* existente nos enfermeiros e o impacto da minha intervenção no mesmo.

Venho assim, solicitar a sua colaboração no preenchimento do questionário e da escala.

A participação é voluntária, podendo se assim o desejar, interromper a qualquer momento.

Garanto confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos.

Apresento desde já o meu sincero agradecimento pela sua disponibilidade e colaboração.

A mestranda

Declaro que tomei conhecimento

Idanha, Maio de 2013

APÊNDICE III

Questionário Sociodemográfico e Profissional

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Género:

A. Masculino

B. Feminino

2. Idade:

A. ≤ 25 anos

B. 26 anos – 30 anos

C. 31 anos – 40 anos

D. 41 anos – 50 anos

E. > 50 anos

3. Estado Civil:

A. Solteiro

B. Casado

C. União de Facto

D. Divorciado

E. Separado

F. Viúvo

DADOS PROFISSIONAIS

1. Qual é a sua categoria profissional?

- A. Enfermeiro
- B. Enfermeiro Graduado
- C. Enfermeiro Especialista
- D. Enfermeiro Chefe
- E. Enfermeiro Supervisor

2. Quais são as suas habilitações literárias?

- A. Bacharelato
- B. Licenciatura
- C. Especialidade
- D. Mestrado
- E. Doutoramento

3. Que tipo de formação em Cuidados Paliativos tem?

- A. Formação básica
- B. Pós - graduação
- C. Mestrado

4. Há quanto tempo exerce funções em Unidades de Cuidados Paliativos?

A. < 1 ano

B. 1 ano – 3 anos

C. 3 anos – 6 anos

D. > 6 anos

5. Há quanto tempo exerce funções na Unidade de Cuidados Paliativos desta instituição?

A. < 1 ano

B. 1 ano – 3 anos

C. 3 anos – 6 anos

D. > 6 anos

6. Qual é a sua carga horária semanal?

A. < 35 horas

B. ≥35 horas

7. Que tipo de horário pratica?

A. Rotativo (por turnos)

B. Fixo

8. Qual é o seu vínculo profissional?

- A. Contrato de trabalho a termo incerto
- B. Contrato de trabalho a termo certo
- C. Contrato sem termo
- D. Contrato de Prestação de Serviços
- E. Outro

9. Desempenha funções em outro serviço?

- A. Sim
- B. Não

10. Está neste serviço por opção?

- A. Sim
- B. Não

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Daniela Salvado de Ascensão

APÊNDICE IV

Escala de Avaliação do *Burnout* - MBI-HSS

O questionário seguinte destina-se á avaliação psicométrica das dimensões do *Burnout*. Não há respostas melhores ou piores; a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando com uma cruz.

1. Eu sinto-me emocionalmente esgotado por causa do meu trabalho.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

2. Eu sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

3. Eu sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

4. Posso facilmente compreender como os meus doentes se sentem acerca das coisas que acontecem.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem “objetos” impessoais.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

6. O trabalhar com pessoas todo o dia é realmente um esforço para mim.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

7. Eu lido eficazmente com os problemas dos meus doentes.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

8. Eu sinto mau estar por causa do meu trabalho.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

10. Desde que comecei este trabalho sinto-me mais insensível para com as pessoas.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

11. Aborreço-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

12. Sinto-me cheio de energia.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

13. Eu sinto-me frustrado por causa do meu trabalho.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

14. Eu sinto que estou a trabalhar em demasia na minha profissão.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

15. Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

16. Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me muito stress.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

17. Eu consigo criar facilmente um ambiente relaxante com os doentes.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

18. Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus doentes.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

19. No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

20. Sinto que estou no fim dos meus recursos.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

21. No meu trabalho lido com problemas emocionais de uma forma muito calma.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.

- A. Nunca ____
- B. Algumas vezes por ano ____
- C. Uma vez por mês ____
- D. Algumas vezes por mês ____
- E. Uma vez por semana ____
- F. Algumas vezes por semana ____
- G. Todos os dias ____

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!!!

Daniela Salvado de Ascensão

APÊNDICE V

Plano da Sessão de Formação “*Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: “*Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”

Local da Formação: Sala de Formação da UCP

Formadora: Daniela Ascensão

Destinatários: Enfermeiros da UCP

Data: 6 de Maio de 2013

Tempo previsto: 2 horas

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempos Letivos
<p>O enfermeiro no final da sessão deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☑ Conceituar <i>Burnout</i> ☑ Identificar as manifestações clínicas do <i>Burnout</i> ☑ Conhecer as causas do <i>Burnout</i> nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos ☑ Desenvolver estratégias de prevenção/tratamento do <i>Burnout</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Burnout</i>: Definição 2. <i>Burnout</i>: Manifestações Clínicas 3. <i>Burnout</i>: Causas 4. <i>Burnout</i>: Nos enfermeiros 5. <i>Burnout</i>: Nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos 6. <i>Burnout</i>: Estratégias de prevenção/tratamento do <i>Burnout</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Letiva: - Método Expositivo Oral Direto: Auxílio de diapositivos. ▪ Avaliação: - Aplicação de um questionário de avaliação da formação. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação: - Pc- portátil; - Projetor; - Sala de formação; - Material bibliográfico. ▪ Divulgação: - Pc- portátil; - Impressora; - Sala de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador/ formandos: 10 Minutos - Objetivos: 10 Minutos - Conteúdos: 70 Minutos - Esclarecimento de dúvidas: 20 Minutos - Aplicação do questionário de pertinência: 10 Minutos

APÊNDICE VI

Apresentação da Sessão de Formação: “*Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos ”



SUMÁRIO

1. *Burnout: Definição*
2. *Burnout: Manifestações Clínicas*
3. *Burnout: Causas*
4. *Burnout: Nos enfermeiros*
5. *Burnout: Nos enfermeiros em Cuidados Paliativos*
6. *Burnout: Estratégias de prevenção/tratamento do burnout*

OBJETIVOS

- O enfermeiro no final da sessão deverá ser capaz de:
 - Conceituar *burnout*;
 - Identificar as manifestações clínicas do *burnout*;
 - Conhecer as causas de *burnout* numa Unidade de Cuidados Paliativos;
 - Desenvolver estratégias de prevenção/ tratamento do *burnout*.

1. *BURNOUT*: Definição

“estado de esgotamento, semelhante ao esmorecer de uma fogueira ou ao extinguir de uma vela“ (Shaufeli, 1999)

Foi utilizado pela primeira vez por Brandley (1969), mas ficou conhecido a partir de 1974, através de Freudenberger



“um estado de fadiga ou frustração que se produz pela dedicação a uma causa, forma de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas”

Christina Maslach (1982)



grande contributo na evolução do conceito



“uma resposta a pressão emocional crónica resultante
do envolvimento intenso com outras pessoas”



Mudança na forma como se encara os outros e o trabalho



• Forma positiva e preocupada → Forma negativa a negligente

• Fascínio pelo trabalho → Sentimentos de aborrecimento e falta de realização

(Maslach, 1982)

• Sentimento de entusiasmo, dedicação e prazer → Sentimentos de raiva, ansiedade

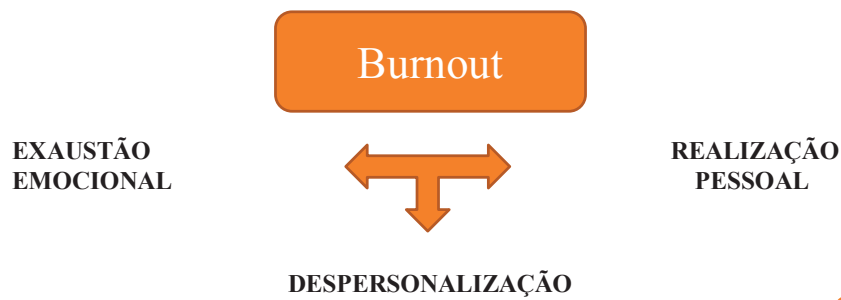
(Maslach & Leiter, 1997)



Maslach (1982)



Questionário de auto registo de *burnout*, o "*Maslach Burnout Inventory*" (MBI)



EXAUSTÃO EMOCIONAL

Refere-se à perda ou desgaste de recursos emocionais e ao sentimento de que nada se tem para oferecer aos outros. É a componente fundamental e mais importante do *burnout* e pode ter manifestações físicas e psíquicas.

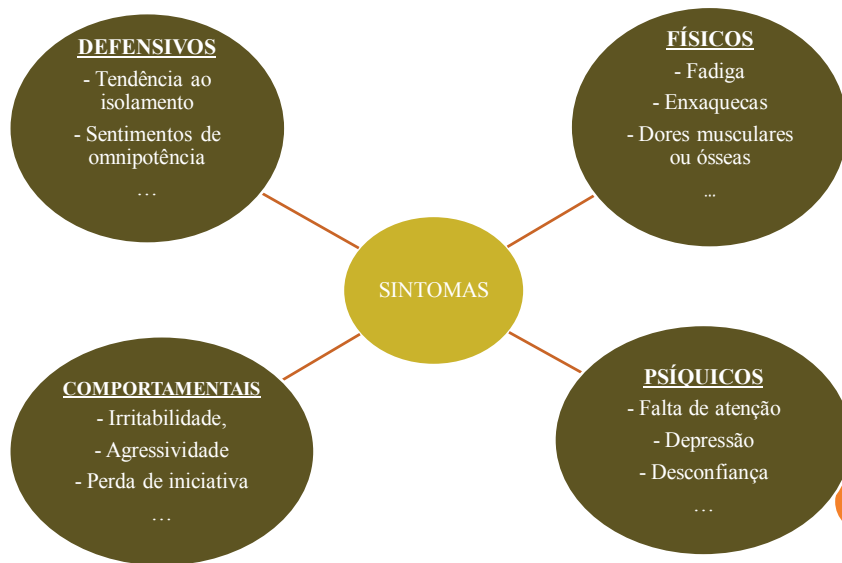
DESPERSONALIZAÇÃO

Indica o desenvolvimento de atitudes negativas e insensíveis para com os destinatários ou recetores dos serviços que se prestam.

REALIZAÇÃO PESSOAL

É a perceção da impossibilidade de realização pessoal no trabalho, o que provoca uma diminuição das expectativas pessoais, implicando uma autoavaliação negativa, onde se inclui a não aceitação de si próprio, assim como sentimentos de fracasso e baixa de autoestima.

2. BURNOUT: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS



(Benevides-Pereira,2003)

SINTOMAS	NÍVEL INDIVIDUAL	NÍVEL INTERPESSOAL	NÍVEL ORGANIZACIONAL
Afectivos	Humor depressivo, aumento da tensão e ansiedade...	Irritabilidade, frio e sem emoções...	Insatisfação no trabalho
Cognitivos	Medo, culpa, baixa auto-estima...	Diminuição na empatia com os "receptores", criar estereótipos...	Desconfiança na direcção, colegas e supervisores,...
Físicos	Enxaquecas, náuseas, tonturas...	X	X
Comportamentais	Hiperactividade, impulsividade, adiar coisas e tarefas...	Conflitos interpessoais, afastamento social...	Baixa produtividade, absentismo...
Motivacionais	Desilusão, Desapontamento, aborrecimento...	Perda de interesse, desânimo...	Perda de motivação para trabalhar, resistência na ida para o trabalho...

(Queirós, 2005)

3. *BURNOUT*: CAUSAS

- Sobrecarga de trabalho;
- Falta de controlo;
- Sentimento de recompensa insuficiente;
- Ausência de comunidade;
- Falta de justiça;
- Conflito de valores.

(Maslach e Leiter, 1997)

- Segundo alguns autores, existem fatores pessoais ou de personalidade, fatores sociodemográficos, fatores profissionais e fatores institucionais/organizacionais que estão na génese do *burnout*

Fatores
Pessoais
ou de
Personalidade

- Acontecimentos stressantes na vida
- Diminuição da autoestima e da autoconfiança
- Situações de lutos não resolvidos
- Personalidade empática, sensível, humana
- Estratégias de *coping* pouco desenvolvidas
- Excesso de motivação, idealismo

Abalo (1999); Dunwoodie (2007)

Fatores Sócio-demográficos

- Género (o sexo feminino é mais propenso que o masculino, devido a fatores psicológicos e culturais)
- Estado civil e existência de filhos (solteiros e sem filhos experienciam níveis mais elevados de *burnout*)
- Idade (os mais jovens experienciam maior nível de *burnout* por inexperiência e falta de estratégias de *coping* adequadas)
- Antiguidade no posto de trabalho e na profissão (indivíduos mais velhos experienciam menos *burnout* por aumento da satisfação laboral e aumento da efetividade das estratégias de *coping*)
- Religião e espiritualidade

Abalo (1999); Pereda – Torales (2009); Dunwoodie (2007)

Fatores Profissionais

- Baixo nível de satisfação laboral
- Falta de treino/formação avançada
- Falta de reconhecimento pelo seu trabalho
- Conflitos na equipa e falta de coesão de grupo
- Má qualidade das relações da equipa, nomeadamente no relacionamento com chefia, colegas e subordinados
- Problemas de comunicação dentro da equipa
- Ambiguidade e conflito de papéis
- Indefinição de funções

Garcia (2008); Abalo (1999); Rios- Castillo (2007); Pereira (2011); Dunwoodie (2007); Albaladejo (2004)

Fatores
Institucionais/
Organizacionais

- Ausência de tempo livre, de pausas e de férias
- Longas jornadas de trabalho e turnos rotativos
- Escassez de recursos humanos e materiais
- Falta de autonomia
- Falta de participação no planeamento e tomada de decisão
- Falta de apoio social, emocional e institucional
- Pressões burocráticas
- Insatisfação com o estilo de liderança e supervisão
- Poucas probabilidades de promoção e de formação
- Inadequado ambiente físico (ruído, iluminação...)

Garcia (2008); Abalo (1999); Rios- Castillo (2007); Pereira (2011); Dunwoodie (2007); Albaladejo (2004)

4. *BURNOUT*: NOS ENFERMEIROS

A enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* (Autoridade de Educação em Saúde) como a quarta profissão mais stressante, no sector público.

Murofuse (2005)



Segundo Vives (1994) é possível associar ao *stress* entre os enfermeiros os seguintes fatores:

AMBIENTAIS

Relacionados com o tipo de unidade e condições físicas, estado dos pacientes e tipo de cuidados, exposição pessoal a perigos físicos, exigências de preparação e especialização.

RELACIONAIS

Relacionados com as relações com superiores, subordinados e colegas, receção de ordens contraditórias, falta de confiança, restrição da autonomia pessoal e falta de informação médica.



ORGANIZATIVOS E BUROCRÁTICOS

Relacionados com a má organização e má distribuição de tarefas, excessiva carga de papéis a preencher, horário inflexível e sobrecarregado e aumento de responsabilidades administrativas sem recompensa por isso.

PROFISSIONAIS E INERENTES AO DESEMPENHO

Relacionados com a perceção de não estar preparado profissionalmente, medo da morte, lidar constantemente com o sofrimento e a morte dos outros, medo de errar, pacientes agressivos, exigentes e não colaborantes, tarefas ingratas, pesadas e repetitivas, tarefas ambíguas e conflituosas, promoção excessiva ou insuficiente, ambições profissionais frustradas e vencimentos baixos.

RELACIONADO COM A PRESSÃO E EXIGÊNCIA

Como a escassez de pessoal, imposição de prazos, pouco tempo para as obrigações mais gratificantes, pressão e exigências dos familiares.



5. *BURNOUT*: NOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Numa Unidade de Cuidados Paliativos, para além de todos estes agentes stressores a que os enfermeiros poderão estar sujeitos no exercício da sua profissão...

...estão também sujeitos ao grande desafio de trabalharem de forma próxima e intensa com o doente terminal, suas famílias e com a morte.

(Maia, 2000)



❖ Problemas com os quais o enfermeiro se depara ao lidar com doentes em fase terminal: Kubler-Ross (1969)

- Falta de informação acerca do que o doente sabe sobre a sua doença e da informação que o médico lhe transmitiu;
- Sentimento de impotência perante a morte;
- Preocupação pelo desconforto que atinge os familiares destes doentes;
- Falta de preparação nesta área e poucos conhecimentos sobre o seu papel;



- Dificuldade em responder às perguntas que os utentes fazem acerca do seu futuro;
- Carácter “contagioso” que podem ter algumas emoções dos doentes terminais
- Interação/comunicação com a família do doente (Sá, 2008).



“O convívio diário com situações dramáticas de sofrimento e morte geram elevados níveis de stress.” Vieitas (1995)

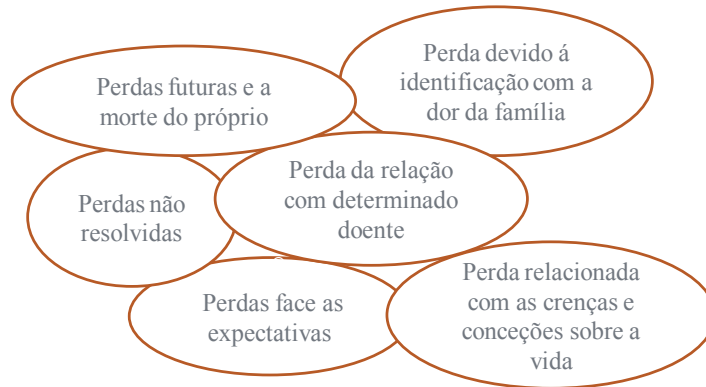
□ Fatores de stress relacionados com a morte:

- Exposição repetida à morte;
- Envolvimento em conflitos emocionais;
- Adaptação à inexistência de cura médica,
- Absorção da mágoa expressa pelos familiares;
- Desafios às crenças pessoais.

Oliveira (2008)

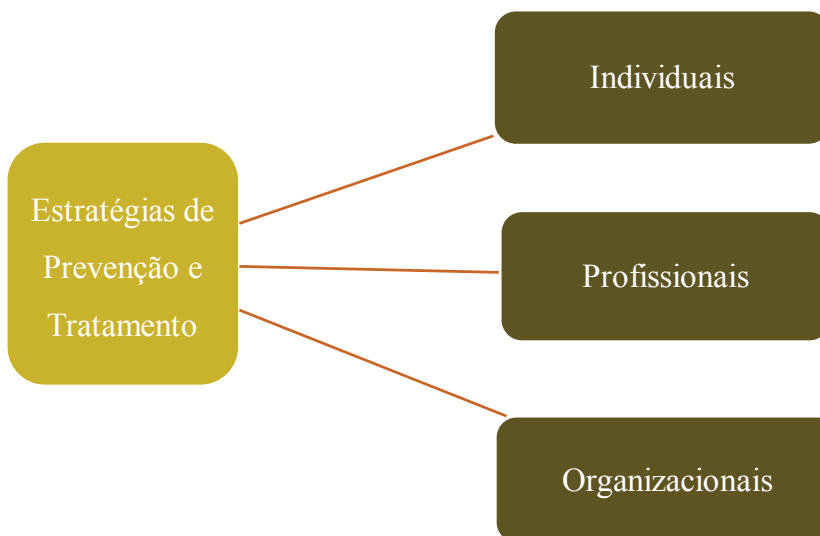
- ❖ Muitas vezes a morte é privada, sendo suprimida pelas rotinas institucionais, existindo pouco ou mesmo nenhum espaço para que os que se encontram em luto expressem como se sentem.

- Para além da morte, ainda é importante destacar as perdas múltiplas:



Neto (2010)

6. *BURNOUT*: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO BURNOUT



Primeira forma de prevenção



Ensinar os indivíduos a reconhecer os primeiros sinais de tensão de forma a detetar precocemente o problema para poderem recorrer à ajuda necessária.

Roger (1993)

- Reconhecer os sintomas precocemente;
- Praticar exercício físico regular;
- Respeitar os períodos de descanso em cada turno;
- Promover o contacto com a natureza;
- Realizar distrações extralaborais;
- Ter apoio psicológico e social.

Estratégias
a nível
individual

Abalo (1999); Penson (2000); Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (1999); Arranz (1996); Pereira (2011); Cavaleiro (2010)

- Aprender a gerir os conflitos;
- Incentivar a partilha de sentimentos, medos e frustrações;
- Estabelecer limites, objetivos e expectativas realistas em relação aos doentes e colegas;
- Promover a comunicação eficaz;
- Fomentar o sentido de pertença e o espírito de equipa;
- Promover reuniões multidisciplinares;
- Aumentar a competência profissional através da investigação e formação contínua;
- Promover workshops sobre gestão do stress.

Estratégias
a nível
profissional

Abalo (1999); Penson (2000); Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (1999); Arranz (1996); Pereira (2011); Cavaleiro (2010)

- Aumentar as condições de trabalho atrativas e gratificantes;
- Flexibilizar os horários;
- Privilegiar o trabalho em equipa;
- Implementar sistemas de avaliação justos;
- Promover a participação na tomada de decisões laborais;
- Promover oportunidades de promoção;
- Selecionar os funcionários de acordo com a sua formação;
- Diminuir a burocracia;
- Clarificar as funções e papéis de cada funcionário;
- Promover um estilo de liderança eficaz;
- Criar fóruns de discussão dos problemas institucionais;
- Clarificação da missão e objetivos.

Estratégias a nível organizacional

Queirós (2005); Rodrigo (1995); Pereira (2009); Cavaleiro (2010)

- A abordagem multidimensional do processo de *burnout* implica que as intervenções destinadas a reduzir o *burnout* sejam planeadas e concebidas de acordo com o componente de *burnout* ao qual se dirigem. Ou seja, mais do que praticar uma abordagem geral, pode ser mais efetivo considerar o modo de diminuir a probabilidade de ocorrência da exaustão emocional, de prevenir a tendência à despersonalização ou de aumentar o sentimento de desempenho do indivíduo.

***“CUIDAR DE SI PARECE SER A CONDIÇÃO NECESSÁRIA PARA
CUIDAR EFICAZMENTE DO OUTRO, SEM SE ESGOTAR ”***



OBRIGADA PELA ATENÇÃO!



BIBLIOGRAFIA

- Abalo, J., Roger, M. (1999). El desgaste profesional (Burnout) en los equipos de cuidados paliativos: mito o realidad. In Gómez-Sancho, M. et al. *Medicina Paliativa en la cultura latina*. pp. 1005-1016. Madrid: Arín Ediciones.
- Abaladojo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 78 (4): 505-516.
- Arranz, E., Auñón, P., Ordóñez, (1996). El síndrome de agotamiento profesional. In González-Barón, M., Ordóñez, A., Felgu, J., Zamora, P., Espinosa, E. *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. pp. 1334-1342.
- Benavides-Pereira, A., Moreno-Jimenez, B. (2005). O Burnout e o profissional de Psicologia. *Revista Electronica InterAcademy Psy*, 1(1): 68-75.
- Cavakiro, R. (2010). *Burnout nos Profissionais de Saúde dos Serviços de Psiquiatria/Paliativos/Dermatologia* (tese de Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa. Acedido 10 de Abril de 2013, em: http://repositorio.unl.pt/bitstream/10451/141771/620632_Tese.pdf.
- Dunwoodie, D., Aurent, K. (2007). Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Internal Medicine Journal*, 37: 693-698.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1): 159-165.
- García, E., Rodríguez-Sabanés, F., González-González, R., Luque, M., Sánchez, A. (2008). Síndrome de burnout en profesionales sanitarios de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. *Medicina Paliativa*, 15 (5): 273-278.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Maiá, O., Lopes, W. (2000). O enfermeiro e a morte. *Revista de Formação Contínua de Enfermagem*, 21: 30-33.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organization causes*.
- Maslach, C. (1987). *Burnout research in the social services: A critique. Burnout among social workers*. New York: Haworth Press.
- Murofase, N., Abranches, S., Napoleão, A. (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(2): 255-61.
- Neto, I., Barbosa, A. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Oliveira, C., Ferreira, F., Alfaite, M., Silva, L., Matos, T. (2008). Os enfermeiros perante a morte: Nurses and Death. *Revista Nursing*. Lisboa: Serra Pinta.
- Person, R., Dignan, F., Canellos, G., Picard, C., Lynch, T. (2000). Burnout: caring for the caregivers. *The Oncologist*, 5: 425-434.
- Pereda-Torales, L., Celedonio, F., Vásquez, M., Zamora, M. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32: 399-404.
- Pereira, S., Fonseca, A., Carvalho, A. (2011). Burnout in palliative care: a systematic review. *Nursing Ethics*, 18 (3): 317-326.
- Queirós, P. (2005). Burnout no trabalho e conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11: 3-15.
- Rios-Castillo, J., Barrios-Santiago, P., Ocampo-Mancilla, M., Ávilas-Rojas, T. (2007). Desgaste profesional en personal de enfermería. *Rev Mex Inst Mex Seguro Soc*, 45 (5): 493-502.
- Rodrigo, M.L. (1995). Estres de los profesionales de enfermería: Sobre que o quien repercute? *Revista Rol de Enfermería*, 201: 65-68.
- Roger, D., Nash, P. (1993). Taking Control. *Nursing Times*, 89 (29): 44-46.
- Sá, L., Fleming, M. (2008). Bullying, Burnout, and Mental Health Amongst Portuguese Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(4): 411- 426.
- Schaufeli, W. (1999). Burnout. In Firth-Coxens, J., Payne, R. *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Intervention* (pp. 17-33). New York: John Wiley & Sons Ltd. Schwaib.
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos - colégio de cuidados de enfermagem. (1999). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos - "Cuidar": éticas e práticas*. Loures: Lusociência.
- Vieitas, M. (1995). Intervenção Psicológica num Serviço de Oncologia. In McIntyre, T., Vile-Cho, C. *O Sofrimento do doente: Leituras Multidisciplinares*. Porto: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Vives, J. (1994). Resposta emocional al stress laboral. *Revista rol de enfermária*, 186: 31-39.

APÊNDICE VII

Cartaz de divulgação da Sessão de Formação: “*Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”



SESSÃO DE FORMAÇÃO

06 de Maio de 2013

Das 15h00 às 17h00

Sala de Formação da Unidade de Cuidados
Paliativos

*“Burnout nos Enfermeiros em
Cuidados Paliativos”*

Formadora:

Daniela Salvado de Ascensão

Aluna do I Mestrado em Cuidados Paliativos da
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias e
Enfermeira na Unidade de Cuidados Paliativos da CS

Destinatários:

Enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos

APÊNDICE VIII

Programa de Atividades para a Prevenção do *Burnout* nos Enfermeiros
em Cuidados Paliativos

PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA A PREVENÇÃO DO *BURNOUT* NOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Numa Unidade de Cuidados Paliativos, para além dos múltiplos agentes *stressores* a que os Enfermeiros poderão estar sujeitos aquando do exercício da sua profissão, vários autores são unânimes em considerar que os profissionais desta área do cuidar enfrentam o desafio de lidar, de forma próxima e intensa, com o doente terminal, respetivas famílias e com a morte (Maia, 2000). Este contexto acaba por pressionar emocional e psicologicamente os trabalhadores, o que pode contribuir para o surgimento do síndrome de *Burnout*. Christina Maslach¹ (1987) define o *Burnout* como *uma resposta à pressão emocional crónica resultante do envolvimento intenso com outras pessoas*. De acordo com a perspectiva de Maslach e seus colaboradores, o síndrome de *Burnout* inclui três dimensões básicas na sua conceção, tais como: exaustão emocional, despersonalização e a falta de realização pessoal. No que concerne à exaustão emocional, esta refere-se à perda ou ao desgaste de recursos emocionais e ao sentimento de que nada se tem para oferecer aos outros. É a componente fundamental e mais importante do *Burnout* e pode ter manifestações físicas e psíquicas. Quanto à despersonalização, esta indica o desenvolvimento de atitudes negativas e insensíveis para com os destinatários ou recetores dos serviços que se prestam. Por fim, a falta de realização pessoal consiste na perceção da impossibilidade de realização pessoal no trabalho, o que provoca uma diminuição das expectativas pessoais, implicando uma autoavaliação negativa, onde se inclui a não-aceitação de si próprio, assim como sentimentos de fracasso e baixa de autoestima. Este síndrome pode levar a problemas de insatisfação e realização, ao desinteresse e à desmotivação, à exaustão emocional e física que, no seu conjunto, podem colocar em causa

¹ Investigadora da área da Psicologia Social, iniciou os seus estudos na área do *Burnout*, tendo dado um grande contributo na evolução daquele conceito.

o funcionamento da própria instituição, a prestação dos cuidados de saúde e a qualidade do técnico enquanto profissional-pessoa. Assim, é importante que os enfermeiros tenham consciência de tudo isto para que, deste modo, se sintam incentivados a desenvolver e a adotar estratégias de prevenção e/ou tratamento do *Burnout*.

O programa, que se encontra abaixo definido, inclui um conjunto de atividades a nível individual, profissional e organizacional para implementar na Unidade de Cuidados Paliativos da CS com o propósito de prevenir e/ou tratar o síndrome de *Burnout*.

❖ **ATIVIDADES A NÍVEL INDIVIDUAL**

- Prática de exercício físico regular (caminhadas no paredão de Oeiras todas as primeiras sextas-feiras de cada mês);
- Desenvolvimento de sentido de humor (visionamento de *sketches* cómicos no início de cada reunião interdisciplinar);
- Respeito pelos períodos de descanso em cada turno (pausa para café de todos os elementos, alternadamente);
- Promoção da espiritualidade (introspeção, meditação, reflexão), através de momentos com a Assistente Espiritual da equipa ou da instituição;
- Promoção do contacto com a natureza (realização de lanches ao ar livre na serra de Sintra, uma vez por mês);
- Realização de atividades extralaborais, como idas ao cinema, exposições, etc;
- Promoção e vigilância da saúde (avaliação da glicémia e tensão arterial todas as quartas-feiras);
- Promoção de apoio psicológico e social; através de encontros com a Psicóloga e/ou Assistente Social da equipa ou da instituição;
- Reconhecimento do trabalho do outro, através da realização de reforços positivos ao colega relativamente a esse mesmo trabalho;
- Incentivo à disponibilidade para com os colegas, esclarecendo dúvidas, exemplificando tarefas pelos mais experientes;

- Incentivo à narração de experiências difíceis ou mesmo traumáticas pois pode ajudar a integrá-las e a superá-las.

❖ **ATIVIDADES A NÍVEL PROFISSIONAL**

- Realização de ações de formação como o objetivo de reconhecer as manifestações clínicas do síndrome de *Burnout*;
- Incentivo à partilha de sentimentos, medos e frustrações, através do diálogo com os colegas que mais se identifiquem;
- Incentivo ao respeito dos limites dos outros; através do apoio interdisciplinar, da camaradagem;
- Promoção da comunicação eficaz (realização de cursos sobre técnicas de comunicação);
- Estimulo ao sentido de pertença e ao espírito de equipa, com promoção de relações francas e abertas;
- Promoção de reuniões diárias na equipa, com partilha entre pares;
- Promoção de reuniões multidisciplinares regulares com a finalidade de fomentar a análise, discussão e partilha de problemas comuns;
- Organização de atividades sociais e de recreação em equipa, fora do contexto de trabalho; como cinema, corrida, concertos, teatro;
- Incentivo à redução de longas jornadas de trabalho e excesso de trabalho extraordinário;
- Incentivo de todos os enfermeiros a pedir ajuda e saber oferecê-la;
- Incentivo à procura de apoio psicológico (individual ou em grupo) nos colegas ou em elementos externos à equipa, quando sintam necessidade;

❖ ATIVIDADES A NIVEL ORGANIZACIONAL

Incentivar a organização à:

- Flexibilização dos horários;
- Promoção da participação na tomada de decisões laborais;
- Promoção de oportunidades de promoção;
- Diminuição da burocracia;
- Clarificação das funções e papéis de cada colaborador;
- Criação de fóruns de discussão dos problemas institucionais;
- Clarificação da missão.

Bibliografia:

Abalo, J., Roger, M. (1999). El desgaste profesional (*Burnout*) en los equipos de cuidados paliativos: mito o realidad. In Gómez-Sancho, M. et al. *Medicina Paliativa en la cultura latina*. pp. 1005-1016. Madrid: Arán Ediciones.

Ablett, J., Jones, R. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses experience of work. *Psycho Oncology*, 16: 733-740.

Cavaleiro, R. (2010). *Burnout nos Profissionais de Saúde dos Serviços de Psiquiatria/Paliativos/Dermatologia* (tese de Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa. Acedido a 10 de Abril de 2013, em: http://repositorio.up.pt/bitstream/10451/4177/1/620632_Tese.pdf.

Garcia, M. (1990). *Burnout* Professional en organizaciones. *Boletin de Psicologia*, 29: 7-27.

Lourenço, I. (2006). *A espiritualidade no processo terapêutico: realidade e importância*. Coimbra: Quarteto. pp. 135.

Maia, O., Lopes, W. (2000). O enfermeiro e a morte. *Revista de Formação Contínua de Enfermagem*, 21: 30-33.

Maslach, C. (1987). *Burnout research in the social services: A critique. Burnout among social workers*. New York: Haworth Press.

Monroe, M., Oliviere, D. (2006). Resilience in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 13(1): 22-24.

Neimeyer, R. (2005). Grief, loss, and the quest for meaning – narrative contributions to bereavement care. *Bereavement Care*, 24 (2): 27-30.

Penson, R., Dignan, F., Canellos, G., Picard, C., Lynch, T. (2000). *Burnout: caring for the caregivers*. *The Oncologist*, 5: 425-434.

Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasau (Formação em Saúde, Lda.). 446p.

Pereira, S., Fonseca, A., Carvalho, A. (2011). *Burnout in palliative care: a systematic review*. *Nursing Ethics*, 18 (3): 317-326.

Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional*. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11: 3-15.

Rodrigo, M.L. (1995). *Estres de los profesionales de enfermería: Sobre que o quien repercute?* *Revista Rol de Enfermería*, 201: 65-68.

Roger, D., Nash, P. (1993). *Taking Control*. *Nursing Times*, 89 (29): 44-46.

Rutter, M.(1985). *Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder*. *British Journal Psychiatry*, 147: 598-611.

Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos - colégio de cuidados de enfermagem. (1999). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos - "Cuidar": éticas e práticas*. Loures: Lusociência.

Daniela Salvado de Ascensão

I Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Maio de 2013

APÊNDICE IX

Consentimento Informado (UAD)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Daniela Salvado de Ascensão, mestranda do I Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um projeto de estágio com o tema “*Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos”.

O projeto tem como finalidade:

- Conhecer as características pessoais e profissionais das enfermeiras da equipa, através da aplicação de um Questionário de Avaliação Sociodemográfica e Profissional;
- Identificar os fatores protetores e ameaçadores do *Burnout* nas enfermeiras da equipa, através do uso de uma Grelha de Observação: Fatores ameaçadores e protetores do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos, inerentes ao trabalho em equipa; construída a partir da pesquisa bibliográfica.

Venho assim, solicitar a sua colaboração no preenchimento do questionário e da escala.

A participação é voluntária, podendo se assim o desejar, interromper a qualquer momento. Garanto confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos.

Apresento desde já o meu sincero agradecimento pela sua disponibilidade e colaboração.

A mestranda

Declaro que tomei conhecimento

Abril, 2013

APÊNDICE X

Grelha de observação: Fatores ameaçadores e protetores do *Burnout* nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos, inerentes ao trabalho em equipa

Fatores ameaçadores e protetores do <i>Burnout</i> nos enfermeiros em Cuidados Paliativos, inerentes ao trabalho em equipa		<u>Observação 1</u>		<u>Observação 2</u>		<u>Observação 3</u>	
		Data: 08/04/13		Data: 11/04/13		Data: 16/04/13	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Equipa multidisciplinar		x					
Partilha de interesses/objetivos/valores/tarefas comuns		x		x		x	
Definição clara de papéis e responsabilidades		x		x		x	
Compreensão e respeito do papel de cada elemento		x			x	x	
Prestação de cuidados com base na evidência		x		x		x	
Existência de protocolos de cuidados		x					
Motivação			x	x		x	
Acúmulo de tarefas por um mesmo indivíduo							
Trabalho por turno ou noturno			x				
Falta de reconhecimento do trabalho			x		x		x
Falta de autonomia			x		x	x	
Relacionamento conflituoso entre colegas			x		x		x
Capacidade de resolução de conflitos dentro da equipa		x		x		x	
Reuniões de Equipa	Estabelecimento, em conjunto, de um plano de cuidados holístico para cada doente	x		x		x	
	Tomada de decisões, em conjunto, sobre vários temas	x		x		x	
	Discussão de situações stressantes	x		x		x	

Comunicação	Passagem de informações do enfermeiro com formação avançada em cuidados paliativos para os outros elementos	x		x		x	
	A comunicação com os colegas da equipa ocorre num clima de liberdade para discordar	x		x		x	
Suporte educacional	Todos os elementos procuram fazer formação em Cuidados Paliativos, contribuindo para a formação contínua	x		x		x	
	Plano anual de formação na unidade	x					
Liderança	Reconhece que a pressão sobre a equipa pode afetar negativa ou positivamente a motivação	x		x		x	
	Interessa-lha a opinião de todos os elementos para a tomada de decisão sobre qualquer assunto	x		x		x	
Apoio psicológico aos profissionais			x		x		x
Existência de momentos de partilha de experiências, sentimentos e emoções		x		x		x	
A equipa desenvolve intervenções para a prevenção do <i>Burnout</i>			x				
Cada elemento da equipa desenvolve intervenções para a prevenção do <i>Burnout</i>		x					

Bibliografia:

Arber, A. (2006). "Pain talk" in hospice and palliative care team meetings: an ethnography. *Int J Nurs Stud*, 44: 916-26.

Arber, A. (2008) Team meetings in specialist palliative care: asking questions as a strategy within interprofessional interaction. *Qual Health Res*, 18(10): 216-27.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, Organização de Serviços de Cuidados Paliativo: Recomendações, Março de 2006 in www.apcp.pt.

Cortés, C., Sancho, M., Vicuña, M., López, A. (2009). *Manual de medicina paliativa*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.

Doyle, D. (2009). *Getting Started: Guidelines and suggestions for those starting a hospice/palliative care service*. 2ª Edição. Houston: IAHPC Press.

Ferris, F., Balfour, H., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C. et al. (2002). *A model to guide hospice palliative care: based on national principles and norms of practice*. Canadá: Canadian Hospice Palliative Care Association.

Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., Rodriguez, D., Sanchez-Reilly, S. (2010) Interdisciplinary geriatric and palliative care team narratives: collaboration practices and barriers. *Qual Health Res*, 20(1): 93-104.

Payne, M. (2000). *Teamwork in multiprofessional care*. New York: Palgrave.

Pereira, S., Fonseca, A., Carvalho, A. (2011). *Burnout in palliative care: a systematic review*. *Nursing Ethics*, 18 (3): 317-326.

Speck, P. (2009). Team or group - spot the difference. In: Speck, P. *Teamwork in palliative care: fulfilling or frustrating?*. Oxford: Oxford University Press.

Street, A., Blackford, J. (2001). Communication issues for the interdisciplinary community palliative care team. *J Clin Nurs*, 10: 643-50.

Youngwerth J., Twaddle, M. (2011). Cultures of interdisciplinary teams: How to foster good dynamics. *J Palliat Med*, 14(5): 1-6.

APÊNDICE XI

Apresentação: Revisão Sistemática da Literatura - “Fatores que influenciam o Síndrome de *Burnout* nos Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos”



RESUMO

Problemática: Estudo do impacto do trabalho na saúde física e mental do ser humano, ambiente laboral cada vez mais exigente, cujos objetivos centram-se na produtividade.

Pressão temporal e urgência temporal levam a Síndrome de Burnout.

Torna-se indispensável aos Profissionais de Saúde, em especial na área de Cuidados Paliativos, conhecer os fatores envolvidos neste Síndrome, de forma a definir e adotar estratégias de prevenção.

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

Desenho: RSL

Métodos: Análise de 11 artigos científicos, de 2004 e 2012

Pesquisados em bases de dados com acesso ao resumo e ao texto integral, ou enviados pelos autores via e-mail.

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

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

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

BURNOUT



(burn: queimar; out: exterior)

Fenómeno de stress ocupacional (Bradley)

Extinção da motivação/incentivo, onde a devoção para uma causa ou relacionamento falha na produção dos resultados desejados (Freudenberger, 1974)

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

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

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

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

Exaustão Emocional	Sinto-me emocionalmente decepcionado com o meu emprego. Sinto-me esgotado no final do dia de trabalho. Sinto-me fatigado quando me levante pela manhã e sei que vou trabalhar. Trabalhar com as pessoas o dia todo é exaustivo para mim. Sinto-me exausto no meu emprego. Sinto-me frustrado com o meu emprego. Sinto que trabalho demasiado pela minha profissão. Trabalhar com pessoas directamente é altamente stressante para mim. Sinto-me no limite das minhas capacidades.
Realização Pessoal	Posso facilmente compreender como se sentem as pessoas que atendo. Relaciono bem com os problemas das pessoas que atendo Sinto que consigo influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho. Sinto-me bastante vigoroso. Consigo facilmente criar uma atmosfera calma com as pessoas com quem lido. Sinto-me estimulado depois de trabalhar perto das pessoas que atendo. Conquistei muitas coisas valiosas no meu emprego. No meu emprego, lido com os problemas emocionais de forma descontraída.
Despersonalização	Sinto que trato as pessoas que atendo como se fosse "objetos" impessoais. Tornei-me mais insensível desde que comecei este emprego. Preocupa-me que este trabalho me torne emocionalmente mais frio. Não me interessa o que acontece às pessoas que atendo. Sinto que as pessoas que atendo me culpam por alguns dos seus problemas.
Envolvimento (opcional)	Sinto-me parecido com as pessoas que atendo em muitas coisas. Sinto-me pessoalmente envolvido com os problemas das pessoas. Sinto-me desconfortável da maneira que tratei algumas pessoas.

BURNOUT – Manifestações físicas e psicológicas

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



Barbosa & Neto, 2010

BURNOUT

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

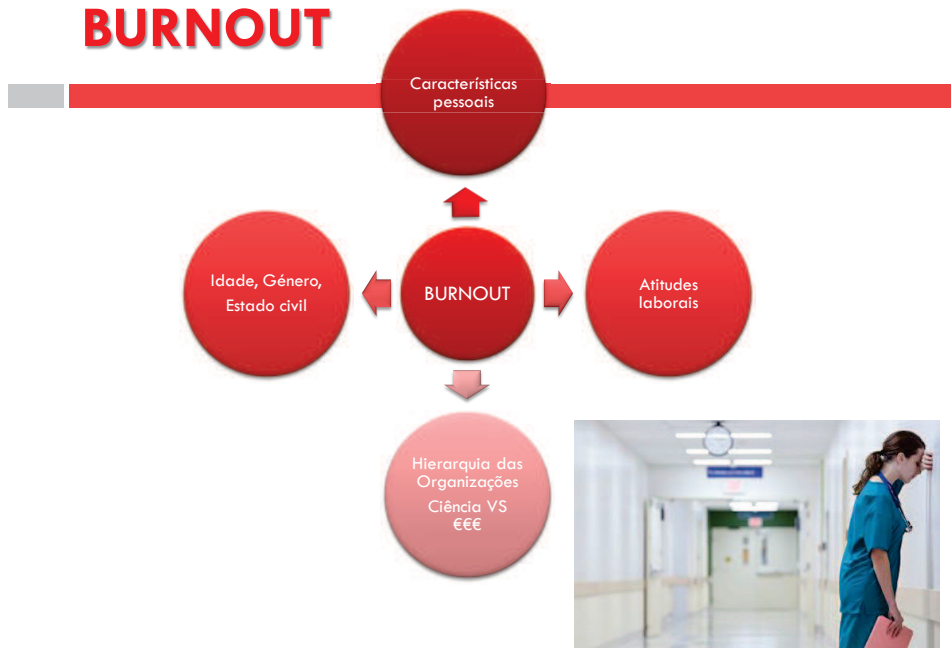
Factores identificados :

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

(Gomes et al, 2009)



BURNOUT



AGENTES DE STRESS

Numa Unidade de Cuidados Paliativos existe um conjunto de fatores que predispõe o surgimento do *burnout*.



Revisão Sistemática da Literatura

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

Objetivos:

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

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

Objetivos: Identificar os fatores que interferem no síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos.

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO

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

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

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

Revisão Sistemática da Literatura

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

PICOD

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

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



Título do Artigo	Intervenções	Resultados
<p>I. CAN ADDRESSING DEATH ANXIETY REDUCE HEALTH CARE WORKERS' BURNOUT AND IMPROVE PATIENT CARE?</p> <p>Autores: Carol Gouveia Male, David Oliver</p> <p>Referência: Journal of Palliative Care 2011 (Reino Unido)</p> <p>Participantes: 150 Profissionais de Saúde de área de CP</p> <p>Desenho do Estudo: Aplicação de 3 questionários para avaliar os participantes na relação com os seus utentes, o nível de <i>burnout</i> e de bem-estar (antes e depois da formação).</p> <p>Limitações do Estudo: Distribuição desigual de participantes: a maioria era do sexo feminino, enfermeiras ou auxiliares de enfermagem.</p> <p>Comparações: Análise de resultados antes (T1) e depois (T2) da formação.</p>	<p>- Compreender o impacto da formação dos profissionais de saúde relativamente aos tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> .Comunicação .Apoio psicológico e espiritual aos pacientes .Consciência pessoal da ansiedade face à morte 	<p>O medo da morte pode ser uma fonte de ansiedade dos profissionais de saúde, dificultando a relação de cuidar com os pacientes e respectiva família, aumentando o nível de <i>burnout</i>. Os participantes foram convidados a preencher um questionário antes do início do curso e quatro meses depois para avaliar o seu nível de exaustão, o seu sentido de bem-estar, e a sua ansiedade perante a morte, bem como a qualidade dos seus relacionamentos.</p> <p>Os resultados mostram que A FORMAÇÃO PARECE TER LEVADO A UMA DIMINUIÇÃO SIGNIFICATIVA NOS NÍVEIS DE EXAUSTÃO E ANSIEDADE DA MORTE E AO AUMENTO DO NÍVEL DE BEM-ESTAR PESSOAL E PROFISSIONAL. Em geral, os profissionais de saúde mostraram diminuição dos níveis de <i>burnout</i> e ansiedade da morte, bem como um aumento do bem-estar pessoal e satisfação profissional. Relativamente aos resultados, o nível de decisão da exaustão emocional de T1 para a T2 (de 30 para 20,7%) e o nível de dependência e degradação física (de 55,3 para 36,7%).</p> <p>Conclusões: Este estudo mostrou que a educação em comunicação e a prestação de apoio psicológico e espiritual aos doentes, bem como introspeção pessoal relativa à ansiedade da morte pode ajudar os profissionais de saúde que trabalham com doentes em fim de vida. Ajudá-los no sentido em que passam a não sentir necessidade de se proteger tanto evitando as relações significativas com os seus pacientes. Tal educação pode também ajudar os profissionais de saúde a reduzir o seu nível de <i>burnout</i> relacionado com o trabalho. O bem-estar dentro da equipa de profissionais de saúde também é importante para reduzir o <i>burnout</i> e para criar boas relações com os pacientes e seus familiares.</p> <p>Contudo, o estudo mostra que não é possível melhorar o sentido de bem-estar suficientemente apenas com um curso de seis dias. Seria importante uma formação constante no sentido de apoiar este grupo de profissionais.</p>

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

↓ significativa nos níveis de exaustão nos profissionais de saúde



Título do Artigo	Intervenções	Resultados
<p>II. UNDERSTANDING COMPASSION SATISFACTION, COMPASSION FATIGUE AND BURNOUT: A SURVEY OF THE HOSPICE PALLIATIVE CARE WORKFORCE</p> <p>Autores Suzanne Sloam-Gari David Hemsworth Winnie WY Chan Anna Carson Arminee Karanjian</p> <p>Referência Palliative Medicine 2011/Canadá</p> <p>Participantes 630 Elementos de equipas de Cuidados Paliativos.</p> <p>Desenho do Estudo Auto-avaliação sobre satisfação por compaixão, fadiga por compaixão e burnout, através de escalas e questionários para caracterização socio-demográfica e profissional.</p> <p>Limitações do Estudo Saber se este estudo é representativo de todos os profissionais de Cuidados Paliativos do Canadá.</p> <p>Comparações Não apresenta.</p>	<p>- Compreender as relações complexas entre satisfação por compaixão, fadiga por compaixão e burnout dentro de um Hospício e Cuidados Paliativos.</p>	<p>A maioria dos inquiridos era constituída por mulheres (82,4%), mais de metade eram casadas ou viviam com o companheiro.</p> <p>Conclusões:</p> <p>1) O tipo de serviços prestados nos Hospícios e em serviços de Cuidados Paliativos tem um impacto significativo no nível de fadiga por compaixão e burnout. Comparativamente ao que se encontra na literatura, que utiliza a Escala ProQOL (Pro Quality of LifeTM), os entrevistados demonstraram elevados níveis de satisfação por compaixão, níveis subtilmente elevados de fadiga por compaixão e níveis medianos de burnout.</p> <p>2) Os trabalhadores em regime de part-time apresentam um nível mais alto de satisfação por compaixão e níveis mais baixos de fadiga e burnout, comparativamente aos trabalhadores a tempo-inteiro.</p> <p>3) A carreira profissional também tem impacto nos níveis de satisfação: satisfação por compaixão apresenta maior nível nos clínicos de medicina, fadiga por compaixão é mais notória nos enfermeiros e o burnout é menos sentido pelos médicos.</p>

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



Título do Artigo	Intervenções	Resultados
<p>III. FACTORS ASSOCIATED WITH WORK STRESS AND PROFESSIONAL SATISFACTION IN ONCOLOGY STAFF</p> <p>Autores Elizabeth Dougherty Boca Pierce Clément Mc Tony Panzarella Gary Rodin Camilia Zimmerman</p> <p>Referência American Journal of Hospice & Palliative Medicine 2009/Canadá e Irlanda</p> <p>Participantes 60 Profissionais de duas Unidades de Cuidados Paliativos e Oncologia da Princess Margaret Hospital (Toronto, Canadá)</p> <p>Desenho do Estudo Análise lógica com aplicação de questionário e Análises exploratórias.</p> <p>Limitações do Estudo Não encontrados.</p> <p>Comparações Não apresenta.</p>	<p>Descobrir quais os factores que contribuem para o stress ocupacionais equipas multidisciplinares em Cuidados Paliativos e Unidade de Internamento de Oncologia.</p>	<p>Das 64 profissionais elegíveis, 60 devolveram os questionários completamente preenchidos. A maioria dos inquiridos era do sexo feminino, enfermeiros, casadas e cujo trabalho era a tempo-inteiro.</p> <p>Resultados:</p> <p>63% dos participantes no estudo referiram que o seu trabalho envolvia uma grande carga de stress no trabalho e 60% achava que as exigências da sua vida extralaboral eram desafiantes. Sintomas de stress foram um sentimento comum, e incluíam: exaustão emocional (56%), mudanças negativas nos hábitos alimentares (42%) e sentimentos de inutilidade e desamparo (28%). Não obstante, os participantes em geral sentem-se empenhados na hora de ir trabalhar (85%), sentem-se apoiados pela equipa com que trabalham (88%) e pelo Hospital (60%).</p> <p>Um total de 52% dos participantes sente que o cargo horário afecta negativamente os cuidados aos pacientes e mais de 80% sente que isso afecta a capacidade de prestar apoio emocional aos doentes no fim da sua vida.</p> <p>Conclusões:</p> <p>Existe uma alta prevalência de stress, quer na Unidade de Cuidados Paliativos quer na Unidade de Oncologia neste Hospital. 55% dos questionados defende que não têm tempo suficiente para fazer o luto do doente, e mais de 30% sente que não tem recursos suficientes para lidar com o stress laboral.</p> <p>Após este levantamento, foram instituídas medidas para reduzir o stress na Unidade de Cuidados Paliativos: retiros anuais de Enfermagem, Rondas de Ética, Rondas de Morbilidade e Mortalidade para discutirem os casos clínicos mais difíceis. Na Unidade de Internamento de Oncologia, o posto de uma Enfermeira foi instituído para prestar assistência clínica e orientação no local de trabalho. Outras intervenções poderiam ser úteis, como a capacidade da equipa ter maior controlo sobre o ambiente laboral.</p>

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

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

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

- Cuidados Paliativos:
- Retiros anuais de Enfermagem*
 - Ronda de Ética*
 - Rondas de Morbilidade e Mortalidade para discussão dos casos clínicos mais difíceis*



Título do Artigo	Intervenções	Resultados
IV. WORK AND HEALTH CONDITIONS OF NURSING STAFF IN PALLIATIVE CARE AND HOSPICES IN GERMANY		
Autores Christine Schröder Alexander Ritsch Harry Schröder	- Descrever o nível laboral e as características das organizações participantes, recursos e aspectos relacionados com a saúde no ambiente de trabalho dos Hospícios e Unidades de Cuidados Paliativos	Os Enfermeiros inquiridos referiram ter condições de trabalho favoráveis, porém informaram que existem dificuldades relacionadas com a participação, benefícios organizacionais e gratificação profissional. Enfermeiros dos Hospícios manifestaram condições de trabalho mais favoráveis do que os Enfermeiros de Cuidados Paliativos e mesmo de Cuidados Geriátricos.
Referência Ano/ País 2004/Alemanha		O estudo concluiu que os Enfermeiros que trabalham em Hospícios estavam psicologicamente e fisicamente mais saudáveis do que os que exerciam funções em serviços de Cuidados Paliativos. Analisando os fatores que podem estar relacionados com este ambiente favorável não: reconhecimento no local de trabalho, identificação com os valores da instituição, sentir pouca pressão laboral e terem bom ambiente no trabalho.
Participantes Enfermeiros de Hospícios, serviços de Cuidados Paliativos e Lares de idosos.	- Analisar as diferenças entre os tipos de instituições relativamente aos fatores organizacionais	Concluiu-se que a estrutura organizacional avaliada é geralmente mais favorável nas instituições totalmente de cuidados paliativos do que em hospitais comuns e lares para idosos. Portanto, conclui-se que o fluxo organizacional dos Hospícios poderia ser em parte copiado, de forma a melhorar a motivação dos profissionais de Enfermagem nos serviços de Paliativos integrados num Hospital.
Desenho do Estudo Aplicação de questionários.		
Limitações do Estudo Não encontradas.	- Analisar as relações entre os variáveis organizacionais e de saúde.	
Comparações Entre o amostra de Enfermeiros de Hospícios e serviços de Cuidados Paliativos, incluíam 320 Enfermeiros de 12 Lares de idosos como grupo de controlo.		

- Os Enfermeiros que trabalham em Hospícios estavam psicologicamente e fisicamente mais saudáveis do que os que exerciam funções em serviços de Cuidados Paliativos.

- Fatores relacionados:** reconhecimento no local de trabalho, identificação com os valores da instituição, sentir pouca pressão laboral e terem bom ambiente no trabalho.



Título do Artigo	Intervenções	Resultados
V. DIRECT EFFECTS OF WORKGROUP CULTURE DIFFERENTIALS ON BURNOUT, COMPASSION FATIGUE AND COMPASSION SATISFACTION. CAN ONE'S CULTURAL BELIEFS MITIGATE THESE EFFECTS?		
Autores David Hamerworth Aminah Kazeem Susan Cuddeil Susanne Stocum-Gurt Winnie Chan	- Caracterizar o ambiente de trabalho, diferenças e crenças culturais, burnout, fadiga e satisfação por compaixão; - Determinar os efeitos do stress nos profissionais de cuidados paliativos com diferentes culturas.	A maioria dos inquiridos eram mulheres (84%) e casados ou a viver com os respectivos companheiros (78%). A amostra mostrou que a maioria dos médicos era do sexo masculino, mas que no carreira de Enfermagem a amostra é marcadamente feminina, o que caracteriza os dois grupos de profissionais.
Referência Ano/ País 2011/ Canadá		Concluiu-se: Os resultados do estudo mostram que diminuindo as diferenças entre a perspectiva individual e de grupo de trabalho, através do respeito para com a cultura do restante grupo e apoiando as crenças/práticas/identidade, podemos atenuar o impacto do burnout e da fadiga, aumentando assim a satisfação dos profissionais de cuidados de saúde. Concluiu-se também que a flexibilidade laboral (part-time) tem efeitos semelhantes.
Participantes 504 Profissionais de Saúde e membros da Canadian Hospice Palliative Care Association		Embora a sociedade do Canadá seja conhecida como uma sociedade multicultural, as práticas laborais não parecem reconhecer esse aspecto. Todavia, como sugerem os resultados, a interdisciplinaridade é fundamental para nos ajudar a perceber a capacidade necessária às relações, envolvendo stress, emoções e interações nestas profissões mais exigentes. Por fim, esta investigação sugere que intervenções específicas aplicadas no local de trabalho podem ajudar a melhorar a qualidade de vida dos profissionais de saúde.
Desenho do Estudo Aplicação de questionários.		
Limitações do Estudo Não encontradas.		
Comparações Não apresenta.		

- Diminuindo as diferenças entre a perspetiva individual versus grupo de trabalho, através do respeito para com a cultura do restante grupo e apoiando as crenças/práticas/identidade, atenuamos o impacto do burnout e da fadiga, aumentando assim a satisfação dos profissionais de cuidados de saúde.

- A flexibilidade laboral (part time) tem efeitos semelhantes.

- A interdisciplinaridade é fundamental para nos ajudar a perceber a capacidade necessária às relações, envolvendo stress, emoções e interações nestas profissões mais exigentes.



Titulo do Artigo	Intervenções	Resultados
VI. IMPACT OF DEATH AND DYING ON THE PERSONAL LIVES AND PRACTICES OF PALLIATIVE AND HOSPICE CARE PROFESSIONALS		
Autores Shane Sinclair		
Referência Canadian Medical Association Journal Ano / País 2011 / Canadá		
Participantes Profissionais de equipas de Cuidados Palliativos	- Estudou quais os efeitos a longo-prazo da morte e do morrer nos profissionais da área de cuidados paliativos, quer na sua vida pessoal e profissional.	- Os temas específicos, organizados sob três espaços temporais (passado, presente e futuro) foram estudados. As experiências no início de vida com o morte foram um desafio comum a um conhecimento importante, sendo crucial na escolha do caminho das participantes no estudo e da escolha por esta área de trabalho.
Design do Estudo Estudo etnográfico, com aplicação de entrevistas e observação participativa, com filmagem no local de trabalho.		- As vivências com a morte e o morrer ensinaram aos participantes a viver o presente, cultivar uma vida espiritual, reflectir na sua própria mortalidade e na continuidade da vida.
Limitações do Estudo Não encontrados.		- Conclusão: Apesar de se supor que a exposição repetida à morte e ao morrer tem um impacto marcadamente negativo nas vidas dos profissionais de saúde de Cuidados Palliativos, este estudo mostrou o oposto. Os participantes assumiram o quão difícil é o seu cargo, mas asseguraram que as lições de vida que vivem são compensatórias, quer pessoal, quer profissionalmente.
Comparações Dados recolhidos em fases distintas: T1) seleccionados 6 profissionais, líderes no área de Cuidados Palliativos do Canadá (19,8 anos de experiência); T2) Estudados 24 profissionais com formação avançada em Cuidados Palliativos (7,2 anos de experiência), de um Hospício em Alberta (Canadá).		- Os participantes sentem que ocupam um lugar privilegiado na descoberta do significado da vida – perto daqueles que têm o morte bastante próxima. Eles têm a oportunidade de introduzir essas aprendizagens no seu quotidiano, integrando a sabedoria de fim-de-vida na sua vida comum, em contraste com a perspectiva dos doentes terminais. Embora o fim seja a fase mais difícil da vida do ser humano, também pode ser a fase mais significativa, oferecendo esperança aqueles que vivem com uma doença incurável, bem como as pessoas que irão inevitavelmente confrontar-se com a morte no futuro.

□ Os participantes assumiram o quão difícil é o seu cargo, mas asseguraram que as lições de vida que vivem são compensatórias, quer pessoal, quer profissionalmente.

□ Os participantes sentem que ocupam um lugar privilegiado na descoberta do significado da vida, perto de quem têm a morte próxima e integrando a sabedoria de fim-de-vida na sua vida comum, em contraste com a perspectiva dos doentes terminais.



Dificuldades:

- formação insuficiente
- falta de entendimento na equipa
- falta de formação específica
- contacto direto com os pacientes
- sistema de horas de trabalho
- trabalho por turnos
- remuneração baixa,
- conflitos ao lidar com as famílias dos pacientes.

Titulo do Artigo	Intervenções	Resultados
VII. NIVELES DE ESTRÉS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNIDADES DE CUIDADOS PALLIATIVOS		
Autores Cristina Gómez Cantama Anaella Puga Martínez José Manuel Mayán Santos Manuel Gandoy Crego		
Referência Ano / País 2012 / Espanha	Conhecer o nível de stress das Enfermeiras que trabalham em Unidades de Cuidados Palliativos na Galiza (Espanha).	Dos participantes do estudo, 87% eram mulheres.
Participantes 94 Enfermeiras das Unidades Hospitalares e extra-Hospitalares de Cuidados Palliativos do Serviço Galego de Saúde.		Conclusões: 1) Os enfermeiros, em conjunto com o equipo multidisciplinar, que trabalham com doentes terminais enfrentam algumas dificuldades: a formação insuficiente, falta de entendimento com os colegas de trabalho; a falta de formação específica, o contacto directo com os pacientes que precisam constantemente de cuidados e apoio, o sistema de horas de trabalho, o trabalho por turnos, a remuneração baixa, os conflitos ao lidar com as famílias dos pacientes. A exaustão emocional, segundo o estudo, pode estar relacionada com o ambiente físico, o equilíbrio entre a vida pessoal e a situação de emprego, discussões com os pacientes e familiares, reprimendas das superiores, discussões com colegas e despersonalização. Relativamente a este tópico, a despersonalização será mais evidente junto aos enfermeiros mais jovens, cuja instabilidade laboral é maior, e é medida que o aumento o cansaço emocional poderia aumentar os conflitos com familiares e pacientes.
Design do Estudo Estudo descritivo e analítico.		2) Por outro lado, existem factores que protegem os Enfermeiros do burnout: maior satisfação no desempenho do trabalho, ter formação específica no área e reconhecer a importância do trabalho em equipa, comentar o auto-estima do grupo. O que diminui bastante os níveis de exaustão sentida por estes profissionais é o facto de trabalhar em Cuidados Palliativos ser na maioria das vezes uma opção.
Limitações do Estudo Não encontrados.		
Comparações Este artigo compara os resultados finais com o artigo Estudio sobre el Nivel de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Palliativos del País Vasco.		

□ A exaustão emocional, pode estar relacionada com: o ambiente físico, o equilíbrio entre a vida pessoal e a situação de emprego, discussões com os pacientes e familiares, reprimendas dos superiores, discussões com colegas e despersonalização.

□ Aumentando o cansaço emocional, poderá aumentar os conflitos com familiares e pacientes.

□ Os profissionais para alcançarem a sua realização pessoal e profissional têm de se compreender, definir qual o seu papel dentro da equipa e o papel dos restantes elementos.



Título do Artigo	Intervenções	Resultados
VIII. SINDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID		
Autores: Eva Santamaría García Referência: 2005/Espanha Ano/ País: Participantes: 193 Profissionais de Saúde de Unidades de Cuidados Domiciliares e serviços de Cuidados Paliativos hospitalares da Comunidade de Madrid. Desenho do Estudo: Estudo transversal descritivo. Limitações do Estudo: Não encontradas. Comparações: Não apresenta.	- Estudar a prevalência de burnout em profissionais de saúde que trabalham em unidades de cuidados paliativos da Comunidade de Madrid, dentro do campo da saúde pública e privada e avaliar a sua possível relação com os fatores sócio-demográficos.	De 193 indivíduos, foram selecionados aleatoriamente 60, a quem foi aplicado o Burnout Maslach Inventory (MBI). Dos inquéritos recebidos, a maioria pertencia ao sexo feminino. Quanto ao estado civil, a maioria eram casados, e a maioria dos entrevistados trabalhavam com contratos permanentes e no maiorio eram enfermeiros. Os valores estudados nos diferentes subescalas de Síndrome de Burnout foram: cansaço emocional, despersonalização e realização pessoal. As Conclusões foram: 1) Os homens apresentam percentagens menores de cansaço emocional e maior realização pessoal que as mulheres; 2) A despersonalização apresenta valores mais elevados junto aos Enfermeiros; 3) Trabalhadores com contrato fixo demonstram melhores resultados em termos de cansaço emocional e realização pessoal; 4) O cansaço emocional e a despersonalização são mais evidentes nos trabalhadores com mais experiência; Neste caso, pode-se dizer que, de forma puramente descritiva, os profissionais de cuidados paliativos apresentam baixos níveis de desgaste profissional em relação a outros estudos feitos em Espanha, particularmente no que diz respeito aos Cuidados de Primários. Propõem-se medidas para diminuir o desgaste profissional, como: diminuir a burocracia, estabelecer formas de participação dos profissionais nas tomadas de decisão, favorecer a formação contínua, valorizar os profissionais e contar com o apoio da Instituição para resolver questões de conflito. Por outro lado, uma boa relação entre os profissionais baixo o nível de burnout, aumenta a satisfação e a qualidade de vida destes. As Instituições do século XXI terão de considerar que a satisfação laboral é um objetivo a cumprir.

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

Medidas propostas para o desgaste profissional:

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



Título do Artigo	Intervenções	Resultados
IX. IMPACTO DO MANEJO CLÍNICO DA DOR: AVALIAÇÃO DE ESTRESSE E ENFRENTAMENTO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE		
Autores: Máira R. Negromonte Tereza C. de Araújo Referência: Revista Latino-Americana Enfermagem Ano/ País: 2011/Brasil Participantes: 31 Profissionais de diferentes categorias um Centro de Atendimento a Grandes Queimados e uma Unidade de Controle de Dor e Cuidados Paliativos. Desenho do Estudo: Aplicação de questionários. Limitações do Estudo: Em cuidados paliativos a amostra era pequena e sem representatividade do sexo masculino. Comparações: Entre os profissionais que lidam com doentes com dor aguda e dor crónica.	Investigar a percepção de stress e as estratégias de enfrentamento dos profissionais, no acompanhamento de pacientes com dor aguda (Centro de Atendimento a Grandes Queimados) e dor crónica (Unidade de Controle da Dor e Cuidados Paliativos).	Conclusões: Os técnicos de enfermagem são submetidos a um maior nível de stress do que os restantes categorias, inclusive Enfermeiros. Em compensação, os Enfermeiros possuem maior número de mecanismos de coping. É essencial fortalecer esses mecanismos já existentes e introduzir outros modalidades indicadas pela literatura e aplicáveis no contexto de cada equipa, em função do seu especialização no atendimento ao paciente com dor aguda ou crónica. É igualmente crucial organizar e oferecer cursos de formação permanente, destinados à capacitação e ao treino dessas equipas, que se fundamentem em pesquisas já desenvolvidas. Recomenda-se ainda, a realização de mais estudos para melhor elucidar as condições que favorecem e dificultam o trabalho em equipa multiprofissional, efetivo e eficaz, no âmbito dos serviços que atendem pacientes com dor. É imprescindível que se avalie mais amplamente e precisamente o impacto do manejo clínico da dor sobre a saúde dos profissionais e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida e bem-estar dos usuários.

□ Os Enfermeiros possuem maior número de mecanismos de coping.

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



Título do Artigo	Intervenções	Resultados
<p>X. ESTUDIO SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL PAÍS BASCO</p>		
<p>Autores M. Martínez García C. Centeno Cortés A. Sana-Rubiales M.L. Del Valle</p>	<p>- Estudar os níveis e a prevalência do burnout nos Enfermeiros de cuidados paliativos no País Basco em comparação com outras unidades de internamento;</p> <p>- Detectar os aspectos que determinam o risco de burnout;</p> <p>- Detectar características do trabalho em cuidados paliativos que podem proteger ou determinar o risco de burnout.</p>	<p>Demograficamente, no amostra dos dois grupos há uma predominância de mulheres e apresentam um tempo médio na profissão em ambos os grupos de 12 a 16 anos. Os Enfermeiros de Cuidados Paliativos tinham como experiência profissional no área 6 anos, no grupo de controlo a média de anos no mesmo posto de trabalho era de 13 anos.</p> <p>Neste amostra anteriormente caracterizada os resultados obtidos relativamente ao burnout são:</p> <p>1) Os níveis e o prevalência de burnout em enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos no País Basco é pouco menor das restantes enfermarias;</p> <p>2) Embora por um lado existam em Cuidados Paliativos factores que predispõem os profissionais de enfermagem ao burnout (exposição ao sofrimento e ao final da vida, treino insuficiente, ausência de apoio emocional), problemas de organização, a falta de formação e habilidades de comunicação), existem factores presentes que o previnem, como: maior satisfação com o trabalho, pois há um maior contacto com os pacientes; o trabalho em equipa e desempenho, reuniões periódicas e o facto de que é opcional envolver por esta área de cuidados.</p> <p>Conclusões: Os níveis de burnout dos Enfermeiros estudados são similares aos que trabalham noutras áreas. Os Enfermeiros de Cuidados Paliativos estão mais satisfeitos e sentem maior apoio em alguns aspectos. A experiência profissional é um factor de protecção ao cansaço emocional. Os profissionais referem que deveria existir mais formação e treino prático na área, bem como o nível de comunicação. Outro aspecto importante seria estudar os processos de selecção e formação dos Enfermeiros de forma a prevenir o desgaste profissional.</p>
<p>Referência Revista Médica de Univ. de Navarra 2009/Espanha</p>		
<p>Participantes 103 Enfermeiros</p>		
<p>Desenho do Estudo Análise Comparativa dos níveis e da prevalência do burnout, através da aplicação de três escalas de avaliação: o Burnout Maslach Inventory, uma escala de apoio social e um questionário de satisfação laboral.</p>		
<p>Limitações do Estudo Não encontradas.</p>		
<p>Comparações 64 dos Enfermeiros são do serviço de Cuidados Paliativos e 41 pertencem a outras unidades de internamento.</p>		

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



Título do Artigo	Intervenções	Resultados
<p>XI. PSYCHOLOGICAL MORBIDITY AND BURNOUT IN PALLIATIVE CARE DOCTORS IN WESTERN AUSTRALIA</p>		
<p>Autores D. A. Darwoodie e K. Auret</p>	<p>- Quantificar a prevalência de morbidade psicológica e burnout nos médicos da área de Cuidados Paliativos no Oeste da Austrália</p>	<p>A maioria dos participantes era do sexo masculino (71%). Numa escala de 0 (Nada) a 6 (Bastante), a maioria escolheu a sua religiosidade em 4.</p> <p>No Maslach Burnout Inventory, os itens destacados foram o esgotamento emocional e as subsecções de despersonalização. Dez dos participantes (24%) apresentaram critérios de burnout. Não existiram correlações entre nenhum dos factores: idade, sexo, cargo, horário, acontecimentos de vida stressantes e religiosidade/espiritualidade</p> <p>Conclusões: a prática de medicina paliativa difere das outras áreas de medicina, por apresentar factores de stress únicos que podem influenciar a saúde mental dos clínicos. Apesar disso, os níveis de morbidade psicológica e burnout não é superior do que nos outras especialidades.</p> <p>Embora isto possa ser visto como a prova do nosso modelo actual de prática, os níveis de stress permanecem significativos. Devem ser construídos apoios, e investir na investigação para identificar as melhores estratégias para melhorar a saúde mental dos profissionais de Cuidados Paliativos</p>
<p>Referência Internal Medicine Journal 2007/Austrália</p>		
<p>Participantes Médicos do Oeste da Austrália</p>		
<p>Desenho do Estudo Aplicação de três questionários, incluindo o General Health Questionnaire e o Maslach Burnout Inventory.</p>		
<p>Limitações do Estudo A amostra era formada só por médicos.</p>		
<p>Comparações Não apresenta.</p>		

- A prática de medicina paliativa apresenta factores de stress únicos que podem influenciar a saúde mental dos clínicos, porém os níveis de morbidade psiquiátrica e burnout não é superior do que nas outras especialidades.
- Devem ser construídos apoios, e investir-se na investigação para identificar as melhores estratégias para melhorar a saúde mental dos profissionais de CP.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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

Conclusões

FACTORES QUE PREDISPÕEM O BURNOUT:

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

FACTORES QUE PREVINEM O BURNOUT:

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

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

Artigos analisados

- I. MELO, C.; OLIVER, D. (2011) - Can Addressing Death Anxiety Reduce Health Care Workers' Burnout and Improve Patient Care? *Journal of Palliative Care* 27-4, p. 287-295.
- II. SLOCUM-GORI, S. [et al] (2011) - Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*. [Disponível em URL] <http://pmj.sagepub.com/content/early/2011/12/16/0269216311431311.long>
- III. DOUGHERTY, E. [et al] (2009) - Factors Associated With Work Stress and Professional Satisfaction in Oncology Staff. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, Volume 26 Number 2 Abril/Maio, p.105-111.
- IV. SCHRÖDER, C. [et al] (2004) - Work and health conditions of nursing staff in palliative care and hospices in Germany. *Psycho-Social-Medicine*, Vol. 1, ISSN 1614-2934. [Disponível em URL] <http://ajh.sagepub.com/content/26/2/105.long>
- V. HEMSWORTH, D. [et al] (2011) - Direct effects of workgroup culture differentials on burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction. Can one's cultural beliefs mitigate these effects? *International Journal of Business Research*, Março, Vol. 11. [Disponível em URL] <http://www.questia.com/library/1G1-272484973/direct-effects-of-workgroup-culture-differentials>
- VI. SINCLAIR, S. (2011) - Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *Canadian Medical Association*, Fevereiro, 183 (2). [Disponível em URL] <http://www.cmaj.ca/content/183/2/180>
- VII. CANTORNA, C. [et al] (2012) Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. *Gerokomos*, 23 (2): 59-62. [Disponível em URL] <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n2/comunicacion2.pdf>
- VIII. GARCÍA, E. [et al] (2005) - Síndrome de Burnout en Profesionales Sanitarios de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid.
- IX. NEGROMONTE, M., ARAÚJO, T. (2011) Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. *Rev. Latino-Americana Enfermagem* 19 (2). [Disponível em URL] http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_03.pdf
- X. GARCÍA, M. [et al] (2009) - Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Revista de Medicina da Universidade de Navarra*. Vol. 53, nº 1, p 3-8 3. [Disponível em URL] <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3663920>
- XI. DUNWOODIE, D., AURET, K. (2007) - Psychological morbidity and burnout in palliative ca

AGRADECIMENTOS

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. FREUDENBERGER, H.J. (1974) - *Staff Burn-Out. Journal of Social Issues*. Vol. 30, p. 159-165.
- 2. MASLACH, C.; JACKSON, S. (1982) - *Burnout in the health Professions: a social psychological analysis*. In: Sanders & J. Suls (Eds.), *social psychology of health and illness*. New York: Erlbaum.
- 3. MUROFUSE, N.; ABRANCHES, S.; NAPOLEÃO, A. (2005) - *Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a Enfermagem*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Março-Abril Vol. 13 (2), p. 255-61 <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a19.pdf>
- 4. GOMES, R.; CRUZ, J.; CABANELAS, S. (2009) - *Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses*. *Universidade do Minho. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Jul-Set*, Vol. 25 n. 3, pp. 307-318 [disponível em URL] <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a04v25n3.pdf>
- 5. FREUDENBERGER, H.J. (1975) - *The staff burn-out syndrome in alternative institutions*. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. Vol. 12, p. 73-82.
- 6. CALHOUN, G. (1980) - *Hospitals are high-stress employers*. *Hospitals*, Vol. 54 (12), p. 171-176.
- 7. VASQUES-MENEZES, I., CODO, W., MEDEIROS, L. (1999) - *O Conflito entre o trabalho e a família e o sofrimento psíquico*. In: CODO, W. (Coord.), *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- 8. LINDSTROM, K. (1992) - *Work organization and wellbeing of Finnish health care personnel*. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*. Vol. 18 (2), p. 90-93. [disponível em URL] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1514100>
- 9. DELBROUCK, M. (2006) - *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi, editores. ISBN 972-796-228-9.
- 10. MAIA, O.; LOPES, W. (2000) - *O enfermeiro e a morte*. *Revista de Formação Contínua de Enfermagem*. Vol. 21 (Ano VI), p. 30-33.
- 11. KUBLER-ROSS, E. (1969) - *On death and dying*. New York: Macmillan.
- 12. OLIVEIRA, C.; FERREIRA, F.; ALFAIATE, M.; SILVA, L.; MATOS, T. (2008) - *Os enfermeiros perante a morte: Nurses and Death*. *Revista Nursing*. Lisboa: Serra Pinto. ISSN 0871 6196.
- 13. BARBOSA, A. (2006) - *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética – Faculdade de Medicina de Lisboa.
- 14. CUMBE, V. (2010) - *Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia*. *Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, acedido em 24 de Junho de 2012* [disponível em URL] <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55421/2/Sndrome%20de%20Burnout%20em%20Mdicos%20e%20Enfermeiros%20Cuidadores%20de%20Pacientes%20com%20Doenas%20Neoplasicas%20em%20Servios%20de%20Oncologia.pdf>
- 16. MASLACH, C. (1981) - *The measurement of experienced burnout*. *Journal of Occupational Behaviour*.
- 17. FORTIN, M.-F. (1999) - *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Lusociência. 2ª Edição, p. 74-87. ISBN:972-8383-10-X.
- 18. SAUNDERS, C. (1999) - *Prefácio do Livro Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. SFAP. Lusociência, Laures.
- 19. BARBOSA, A., NETO, I. (2010) - *Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa*. 2ª Edição, p.774-783.
- 20. STAMM, B. H. (2009) - *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)* [Disponível em URL] http://proqol.org/uploads/ProQOL_5_English.pdf.

APÊNDICE XII

Questionário de avaliação da apresentação - Revisão Sistemática da
Literatura - “Fatores que influenciam o Síndrome de *Burnout* nos
Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO

TEMA: “Fatores que influenciam o Síndrome de *Burnout* nos Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos”

LOCAL: UCCP do HP

DATA e HORA: 2 de Julho de 2013 às 14h30

Terminada esta apresentação importa conhecer a sua opinião relativamente à pertinência da mesma.

O preenchimento deste questionário é anónimo e confidencial.

		Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1. Apresentação em Geral	1.1 - Como avalia a articulação dos temas					
	1.2 - Como avalia a organização em geral					
2. Conteúdo	2.1 - Os temas apresentados tiveram interesse					
	2.2 - Os temas têm uma aplicação no seu desempenho					
	2.3 - Os temas abordados foram apresentados com profundidade					
3. Material de Apoio Pedagógico	3.1 - Como considera o material de apoio pedagógico					
4. Formadores	4.1 - Os formadores dominavam o tema?					
	4.2 - Como considera a prestação geral dos formadores?					

ANEXO

ANEXO I

Folha de Avaliação do Formando (Modelo 44.01)



Folha de Avaliação do Formando

Avaliação da ação de formação

"Burnout nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos"

Enfermeira Daniela Ascensão

A sua opinião é importante, agradece-se desde já a colaboração no preenchimento do questionário para que possamos melhorar.

- Utilização de uma escala de avaliação de 1 a 4
Sendo 1 – Nada
2 – Pouco
3 – Muito
4 – Muitíssimo
- Marcação com um (X) no quadrado pretendido
- Utilização do espaço "Observações" para informações complementares

	1	2	3	4
➤ Desenvolvimento da formação				
- Os objetivos desta ação foram cumpridos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- O conteúdo da ação foi importante para o seu desempenho				
o Profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A metodologia foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A forma de exposição permitiu uma melhor compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sentiu-se motivado durante a formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Os meios audiovisuais usados ajudaram a perceber melhor os conteúdos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A documentação de suporte foi útil para uma melhor compreensão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A duração da ação foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Intervenção do Formador				
- Desenvolveu o tema com clareza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A linguagem utilizada era acessível?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Notou-se empenho em conseguir exprimir bem as ideias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- O método utilizado motivou a participação ativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- O formador conseguiu um bom relacionamento com o grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- O formador gerou confiança entre o grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Organização da Formação				
- Foi assegurado o material necessário para o decurso da ação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Teve acesso ao programa da ação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sentiu apoio da coordenação pedagógica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOD.44.01