

IMPACTO DA QUESTÃO “QUANTO TEMPO ME RESTA DE VIDA?” NUMA ESTUDANTE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Joana Amorim

Enfermeira, Unidade Local de Saúde do Alto Minho
Hospital de Santa Luzia EPE

Goreti Mendes

Professora Coordenadora, Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem; UICISA: E, Esenf. Coimbra

Paula Encarnação

Professora Adjunta, Universidade do Minho
Escola Superior Enfermagem; UICISA: E, Esenf. Coimbra
pse@ese.uminho.pt

*Recepción Artículo: 20 mayo 2021
Admisión Evaluación: 20 mayo 2021
Informe Evaluador 1: 28 mayo 2021
Informe Evaluador 2: 29 mayo 2021
Aprobación Publicación: 02 junio 2021*

RESUMO

A formação avançada em Cuidados Paliativos possibilita o desenvolvimento de competências específicas nos estudantes. **Objetivos:** relatar a experiência vivenciada por uma estudante de pós-graduação, durante o seu estágio integrada numa equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP), a qual foi interpelada por um doente: “*Quanto tempo me resta de vida?*” e promover a reflexão sobre a angústia espiritual do doente e quais as ferramentas de gestão emocional que o enfermeiro necessita ter para, com perícia, gerir as emoções. **Procedimento:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência. A vivência descrita baseia-se na observação e registos efetuados durante seis visitas realizadas pela estudante e EIHSCP. Foi priorizado o relato das experiências na 1ª, 2ª, 3ª e 6ª visita, pela relevância dos dados. Os princípios éticos, inerentes ao relato da experiência, foram respeitados. **Resultados:** Doente do sexo masculino, em fim de vida, com adenocarcinoma pulmonar em estadio IV. Na primeira e restantes visitas manifestou vontade de ir para casa. A estudante desenvolveu o sentido de observação, utilizou a escuta ativa e o silêncio terapêutico. Na 2ª visita, foi abordada a possibilidade do apoio espiritual cristão. Esta abordagem despertou no doente a questão de âmbito espiritual “quanto tempo me resta de vida?”. A estudante confrontou-se com sentimentos de compaixão, medo e angústia espiritual, necessitando de desenvolver a autorreflexão. Na 3ª visita, houve a conferência familiar e a mãe do doente colocou a mesma questão. A estudante utilizou as ferramentas de consciencialização para com a família. Na 6ª visita, o doente continuava a perguntar “quanto tempo me resta?”, manifestando angústia por não se ter despedido da família e amigos. A estudante desenvolveu a compaixão, mantendo o conforto psico-espiritual do doente. **Conclusão:** A apren-

IMPACTO DA QUESTÃO “QUANTO TEMPO ME RESTA DE VIDA?” NUMA ESTUDANTE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

dizagem diferenciada em cuidados paliativos, dota o enfermeiro de ferramentas capazes de manter um cuidado humanizador para além das intervenções meramente tecnicistas.

Palavras Chave: enfermagem de cuidados paliativos; assistência terminal; educação de pós-graduação em enfermagem; emoções

ABSTRACT

Impact of the question “how long do I have left to live?” On a graduate students in palliative care. Advanced training in Palliative Care enables the development of specific skills in students. **Aims:** to report the experience of a postgraduate student during her internship integrated in an Hospital Palliative Care team (HPC) who was questioned by a patient: “*How much time do I have left to live?*” and promote reflection on the patient’s spiritual distress and what emotional management tools does the nurse need to have to manage emotions. **Procedure:** Descriptive study, experience report type. The experience described is based on the observation and records made during six visits by the student and the HPC. The report of the experiences in the 1st, 2nd, 3rd and 6th visits was prioritized due to the relevance of the data. Ethical principles, inherent to the report of experience, were respected. Male patient, at end of life, with stage IV pulmonary adenocarcinoma. **Results:** At the first and remaining visits, he expressed his wish to go home. The student developed a sense of observation and used active listening and therapeutic silence. At the 2nd visit, the possibility of Christian spiritual support was discussed. This approach aroused in the patient the spiritual question “*how much time do I have left to live?*”. The student needed to develop self-reflection when confronted with feelings of compassion, fear and spiritual anguish. At the 3rd visit, there was the family conference and the patient’s mother asked the same question. The student used the awareness tools for the family. At the 6th visit, the patient continued to ask “how much time do I have left?”, expressing anguish by not having said goodbye to his family and friends. The student developed compassion, maintaining the patient’s psycho-spiritual comfort. **Conclusion:** The differentiated learning in palliative care endows the nurse with tools capable of maintaining humanizing care beyond merely technical interventions.

Keywords: hospice and palliative care nursing; terminal care; education, nursing, graduate; emotions

INTRODUÇÃO

A complexidade da vivência pelo Ser Humano, da proximidade do inevitável que é a sua morte, exige dos profissionais de saúde a consciencialização da ajuda necessária ao doente para alcançar o melhor bem-estar emocional e espiritual possível. Porque cada vez mais a fase final da vida ocorre no Hospital, os profissionais de saúde procuram, pela via da formação avançada, desenvolver competências que lhes permitam de forma crítico-reflexiva e responsável acompanhar o doente na sua globalidade e no respeito por aquilo que são as suas necessidades, muito particularmente as necessidades espirituais.

O presente artigo consiste numa reflexão crítica centrada no relato da experiência vivenciada por uma estudante de pós-graduação, durante o estágio realizado, integrada numa equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos e quando interpelada por um doente com a questão: “*Quanto tempo me resta de vida?*”, sentiu a necessidade aperfeiçoar as técnicas de comunicação e relação interpessoal com o doente a partir da formação avançada em Cuidados Paliativos.

Com este trabalho pretende-se relatar a experiência vivenciada pela estudante durante o seu estágio e promover a reflexão sobre a angústia espiritual do doente no confronto com a finitude e as ferramentas de gestão emocional que o enfermeiro necessita ter para, com perícia, gerir todas estas emoções.

FORMAÇÃO AVANÇADA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Vivemos numa sociedade, em que a esperança média de vida é cada vez maior e os cuidados de saúde mais especializados e desenvolvidos. O envelhecimento da população, aliado ao progresso científico e tecnológico, impulsionou uma cultura de negação da morte e da biomedicalização da vida, pelo que tem vindo a aumentar o número de pessoas com doença em fase avançada e em fase terminal de vida. A relação custo-benefício, tanto

em termos economicistas, como em termos de qualidade de vida das pessoas, tem um papel inequívoco no planeamento dos cuidados de saúde à população, onde os Cuidados Paliativos assumem particular relevo.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), os Cuidados Paliativos têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença grave e/ou incurável e apoiar as suas famílias, prevenindo atempadamente o alívio do sofrimento físico e espiritual, com recurso à identificação precoce, à avaliação adequada e tratamento dos problemas biopsicossociais e espirituais presentes. Foi neste sentido que as organizações de Cuidados Paliativos, de um modo geral, e o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, no caso de Portugal, reconheceram que, devido à sua complexidade, a prática de Cuidados Paliativos deve apenas ser exercida por profissionais de saúde com formação específica nesta área. De acordo com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), a formação no âmbito dos Cuidados Paliativos é considerada um dos principais alicerces para a organização e qualidade deste tipo de cuidados e um fator crítico no sucesso das equipas de Cuidados Paliativos. A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), através da sua *Task Force* em Educação definiu três níveis de formação (A, B, C) e respetivos destinatários. No alinhamento com aquilo que é o compromisso com os princípios dos Cuidados Paliativos, a EAPC sublinha que o profissional de saúde deve estar plenamente consciente dos fatores internos e externos que podem ter impacto sobre as experiências de prestação destes serviços, e agir de forma a garantir a qualidade da prestação de Cuidados Paliativos tanto quanto possível (Gamondi, Larkin, & Payne, 2013).

A formação frequentada pela estudante aqui referida corresponde ao nível C – Cuidados Paliativos Especializados. Trata-se de um curso de formação especializada em enfermagem de Cuidados Paliativos (Pós-graduação), com 60 ECTS, o equivalente a 1680 horas de trabalho do estudante, tendo contemplado no seu plano de estudos um estágio desenvolvido em unidades de reconhecida credibilidade, cujo foco central é a prestação de cuidados a doentes com necessidades paliativas. Para a prestação destes cuidados é fundamental que os profissionais tenham formação avançada em Cuidados Paliativos (Gamondi, Larkin, & Payne, 2013). Esta formação avançada possibilita o desenvolvimento de competências específicas nos estudantes, que frequentemente se confrontam com situações de finitude humana, com o processo de morrer e com a angústia da família perante a perda inevitável do seu ente querido. Este confronto com a finitude humana provoca o despertar de emoções, compaixão, tristeza, autorreflexão e introspeção entre outros, particularmente perante questões que o doente e família vão colocando.

De entre as competências centrais descritas pela EAPC (Gamondi, Larkin, & Payne, 2013), relevantes para todos os profissionais que praticam Cuidados Paliativos a nível geral, independentemente da sua disciplina, realçamos neste trabalho as competências: v) atender às necessidades espirituais dos doentes e ix) desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos Cuidados Paliativos por se considerarem norteadoras desta reflexão crítica.

A doença que limita a vida pode levantar questões sobre problemas existenciais mais profundos, pelo que os cuidados espirituais devem ser parte integrante da prestação de Cuidados Paliativos. A falta de preparação dos profissionais para enfrentar situações complexas de comunicação e suporte aos doentes em fase final de vida tem um impacto negativo na relação. De acordo com Costa e colaboradores, o profissional que não tem formação em Cuidados Paliativos tende, com o tempo, a criar um distanciamento afetivo do doente (Costa, Poles & Silva, 2016). Um profissional de saúde preparado, num ambiente de apoio e cuidado, pode ajudar o doente e proporcionar-lhe a oportunidade de colocar questões de âmbito espiritual. As competências de comunicação efetiva são essenciais no fortalecimento do doente para o enfrentamento dos momentos de dor e angústia (Silva & Araujo, 2009). Elas são particularmente importantes quando as circunstâncias são ambíguas ou incertas e, quando as emoções fortes e o stress surgem (Gamondi, Larkin, & Payne, 2013), o que requer que os profissionais sejam proficientes em competências de comunicação.

PROCEDIMENTO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência. A vivência descrita baseia-se na observação e registros efetuados durante 6 visitas realizadas pela estudante e Equipe Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), no âmbito do estágio, do curso de formação especializada em enfermagem de Cuidados Paliativos. Das 6 visitas efetuadas, os autores priorizaram o relato das experiências vivenciadas na 1ª, 2ª, 3ª e 6ª observação, pela relevância dos dados registados. Os princípios éticos, inerentes ao relato da experiência, foram respeitados.

RESULTADOS

Doente do sexo masculino de quarenta e um anos de idade, solteiro, o mais novo de 4 irmãos, vivia com a mãe. Fumador e com antecedentes de alcoolismo, foi diagnosticado com um adenocarcinoma pulmonar estadio IV em 2017. Foi submetido a quimioterapia e cirurgia. Em dezembro de 2018, iniciou quadro de dispneia de instalação súbita, distúrbios na voz, alterações na deglutição, palidez cutânea acentuada. Recorreu ao Serviço de Urgência, tendo efetuado TAC torácico que revelou derrame pleural à esquerda, e metástase da glote. Foi efetuada drenagem do derrame e foi internado para estudo etiológico. Dado o avançar da doença e a débil condição física do doente, optou-se pelo internamento no Serviço de Cirurgia, sendo pedido colaboração à Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). No período de uma semana, o doente recebeu 6 visitas da EIHSCP.

Na 1ª visita do doente pela EIHSCP, este encontrava-se deitado no leito, desperto, aparentemente calmo, com dispneia em repouso, estertor, fácies de dor e com labilidade emocional marcada durante o diálogo com a equipa. Apesar da dificuldade em falar conseguia comunicar. Nesse mesmo dia, foi efetuada toracocentese evacuadora, sendo drenado 700cc, que provocou alívio sintomático instantâneo, tendo o doente manifestado esperança de regressar a casa, tal como em 2017. A estudante, enquanto acompanhou a EIHSCP, desenvolveu o sentido de observação, utilizou a escuta ativa e o silêncio terapêutico.

Na 2ª visita, o doente apresentava um score de 15 na escala de coma de Glasgow, mantinha dispneia embora menos acentuada, dor intensidade 3, ECOG score 4, comunicativo. Durante a noite, solicitou vários SOS de morfina, por dor 10. Na presença da equipa, negava a intensidade da dor, pelo mito e crença de que a administração frequente de morfina “*me fará ficar dependente*”. Nesta visita foi abordada a possibilidade do apoio espiritual cristão, pelas crenças que o doente apresentava, tendo o mesmo recusado “*não quero a visita do padre porque não quero morrer*”. Esta abordagem pela EIHSCP despertou no doente a questão de âmbito espiritual “*quanto tempo me resta de vida?*”. Perante este questionamento a equipa tentou compreender qual a perceção que o doente tinha da sua condição de saúde, apercebendo-se durante o diálogo, que o doente não tinha consciência real da mesma. A intervenção passou pela consciencialização do doente. A estudante, após o diálogo com o doente, confrontou-se com sentimentos de compaixão, medo e angústia espiritual, necessitando de desenvolver a autorreflexão e posterior partilha com a equipa.

Na 3ª visita, o doente mantinha derrame pleural, com ligeira obstrução supraglótica apresentando dispneia intensa, estertor, dificuldade em deglutir alimentos sólidos e líquidos, astenia e anorexia marcada. Foi observado por Pneumologia e Cirurgia, sendo definido que no próprio dia iria ser efetuada toracocentese evacuadora, tendo sido drenado num total 600cc. Com melhoria da dispneia, mantinha dor de intensidade 10 e necessidade de medicação de resgate de morfina. Para maior conforto do doente foi proporcionada a utilização de uma ventoinha portátil. Durante a conferência familiar a equipa abordou a possibilidade de transferir o doente para uma unidade de Cuidados Paliativos, que pela distância do domicílio a mãe verbalizou dificuldade em manter a regularidade das visitas. Por este motivo a equipa decidiu manter o doente internado no serviço. Ainda na conferência familiar a questão formulada pelo filho foi repetida pela mãe “*quanto tempo o meu filho tem de vida, doutor?*”. Perante este questionamento, a equipa conduziu a mãe para a consciencialização da fase do fim de vida em que o filho se encontrava. A estudante utilizou as ferramentas de consciencialização para com esta familiar.

Na 6ª visita, o doente apresentava-se dispneico em repouso, astênico, anorético, com palidez cutânea acentuada e comunicativo. Ao longo do dia o doente solicitou várias vezes a presença da equipa. Embora clinicamente

não apresentasse agravamento sintomático "*hoje não tenho dores*", perguntava insistentemente "*quanto tempo me resta de vida?...quanto tempo me resta?*", "*quanto tempo me resta?*", verbalizando "*não me despedi dos meus amigos e dos meus irmãos*". A equipa ainda tentou satisfazer a vontade do doente e chamar os irmãos para se despedirem dele, no entanto, o doente no final desse dia morreu. A estudante desenvolveu a compaixão, tentando manter o conforto psico-espiritual do doente.

NO CONFRONTO COM A FINITUDE HUMANA

Os profissionais de saúde e nomeadamente os enfermeiros, pela sua posição privilegiada junto dos doentes e famílias têm grande parte das vezes acesso ao mundo interior da pessoa que está em sofrimento (Gottlieb, 2016). Habitualmente conseguem conectar-se com os doentes e criar uma relação de confiança. Esta relação permite que os doentes partilhem os seus pensamentos íntimos e de maior vulnerabilidade, bem como os seus sonhos e metas para o futuro (Apóstolo et al., 2006; Gottlieb, 2016). Tendo em conta que a doença é uma fonte de sofrimento, o treino dos profissionais de saúde ao nível da formação especializada em Cuidados Paliativos é fundamental, pela necessidade de compreender a experiência de sofrimento e desconforto que cada pessoa vive na fase final da sua vida, bem como as estratégias de alívio eficazes (Apóstolo et al., 2006; Maciel, 2013; Martins, 2010).

O estágio de uma estudante, em formação avançada em Cuidados Paliativos, integrada numa EIHSOP proporcionou-lhe, o treino e o desenvolvimento de competências científicas, relacionais, espirituais, entre outras, que têm como foco o alívio do sofrimento da pessoa e família em fim de vida (Cabaço et al., 2018). No entanto, durante esse percurso formativo, a estudante confrontou-se com a finitude humana, com o processo de morrer e com a angústia da família, perante a perda inevitável do seu ente querido.

Na 1ª visita efetuada ao doente pela EIHSOP, a estudante desenvolveu o sentido de observação, utilizou a escuta ativa e o silêncio terapêutico. Sendo já há alguns anos uma enfermeira experiente, através do seu estágio pôde desenvolver um olhar renovado para a enfermagem e compreender como aprimorar o ser enfermeiro, como aumentar a sua perícia ao nível da observação e das habilidades interpessoais e de comunicação. Aprender a partir da experiência é sempre um processo contínuo. Isto requer que a estudante perceba como o contexto molda o comportamento da pessoa e a experiência de doença. Também exige que a informação reunida sobre o doente e família seja suficiente. Por outro lado, tentar entender a natureza das questões e identificar padrões de resposta do doente, muda e altera o que foi aprendido e compreendido.

Questionar de forma metódica (Gottlieb, 2016; Köche, 2011) requer uma observação perspicaz e excelentes competências de comunicação pela relação de confiança que pretende estabelecer com este doente e família, com o propósito de recolher informação de um modo sistemático e deliberado (Gottlieb, 2016; Köche, 2011). Treinar a comunicação, implica treinar a escuta ativa, onde o sofrimento e a vulnerabilidade do doente são, frequentemente, demasiado dolorosos de ouvir e difíceis de testemunhar, ainda que enquanto profissional de saúde, desde o início da sua formação, esteja treinada para o fazer. O treino ao nível da escuta ativa (Gottlieb, 2016; Martins, 2010; Peres et al., 2007) permitiu à estudante ir para além das palavras e identificar nas mensagens o que está realmente a incomodar o doente. A estudante aprendeu que a forma como a equipa escuta o doente é diferente da forma como se escutam os membros da sua própria família, amigos e colegas. (Re)formar o compromisso e o envolvimento clínico requer treinar o ouvido para escutar os doentes e famílias, as preocupações, a dor e o sofrimento.

A escuta também é necessária para criar conexões e sustentar uma relação (Gottlieb, 2016). A escuta ativa requer que a estudante atenda a, esteja em sintonia com, reconheça e afirme o que a pessoa está a dizer, é ir além das palavras, é ouvir nas entrelinhas - a mensagem escondida - atrás das palavras (Martins, 2010). As mensagens escondidas nas palavras, muitas vezes emergem através do silêncio. O silêncio terapêutico faz com que o doente possa consciencializar-se da sua situação, tenha tempo para conseguir perceber o que realmente se está a passar com ele. Estar com o doente num momento de silêncio exige treino da estudante. Esta estudante necessitou de sentir-se confortável com o silêncio e usar o silêncio como uma ferramenta para melhorar a comunicação entre si e o doente.

IMPACTO DA QUESTÃO “QUANTO TEMPO ME RESTA DE VIDA?” NUMA ESTUDANTE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Na 2ª visita, a estudante confrontou-se com sentimentos de compaixão, medo e angústia espiritual, necessitando de desenvolver a autorreflexão e posterior partilha com a equipa. A compaixão e a bondade são fundamentais na relação que se estabelece com o outro (Martins, 2010; Vieira, 2017) particularmente quando se lida com o sofrimento de outra pessoa, sendo a forma de cada um expressar a própria humanidade (Delio, 2020; Martins, 2010). A compaixão é uma emoção evocada pelo sofrimento de outros e um reconhecimento consciente do seu próprio sofrimento (Gottlieb, 2016) muitas vezes acompanhada por um desejo de aliviar, ou, pelo menos, de atenuar o sofrimento. Como pedra angular da compaixão a empatia surge como uma das suas componentes (Gamondi, Larkin, & Payne, 2013), a qual a estudante aperfeiçoou durante o estágio. A empatia é o “ingrediente essencial” de cuidar o outro com respeito. A estudante melhorou a sua capacidade de se “sentir no mundo do outro” (Catanzaro & McMullen, 2001; Hofmann et al., 2011) sem nunca se distanciar do “como se”, qualidade fundamental para que enquanto profissional possa entender o outro através de uma relação de respeito mútuo e confiança.

No entanto, durante o período em que o doente lhe apertou fortemente o braço e perguntou insistentemente quanto tempo lhe restava para viver, a estudante sentiu medo e angústia espiritual. O medo ocorre quando a falta de coragem para agir se faz sentir (Meletti et al., 2012). Esta emoção pode resultar de uma ameaça real ou imaginária, levando a pessoa a sentir-se impotente para lidar com a situação. O medo conduziu a estudante para a sensação de finitude, levou-a a refletir na pergunta que todo o ser humano teme “*quanto tempo me resta de vida?*” e provocou um sentimento de angústia espiritual, enraizado no medo de morrer. Questões como “... e agora? *Se fosse eu e soubesse que estava a morrer, o que faria?*”, transportaram a estudante para a autorreflexão, onde a sua competência profissional a treinou para se desvincular do doente após a experiência de empatia. A autorreflexão é a capacidade de analisar criticamente os próprios pensamentos, emoções, e ações, assim como os de outra pessoa (Sutton, 2016). É um modo de agir que leva a uma maior autoconsciencialização e, em retorno, resulta numa mais deliberada, intencional e propositada forma de se comportar, tanto a nível pessoal como profissional. A autorreflexão deve ocorrer antes, durante, e depois do contacto com um doente. Ao refletir na ação e sobre a ação permitiu à estudante adquirir um novo hábito, preparar-se para responder a qualquer problema, ter uma base para a tomada de decisão clínica, rever o que fez e como poderia ter feito de forma diferente e melhor. A autorreflexão contribuiu para a flexibilidade de pensamento e maximizou a aprendizagem que adveio das experiências (Gottlieb, 2016).

Na 3ª visita, o foco centrou-se no familiar do doente – a mãe. As intervenções de autoconsciencialização da mãe para o processo de fim de vida do filho, treinou a estudante a ter uma mente *mindful*, reflexiva e receptiva. Estar *mindful* é ter um grau de autoconsciência do efeito que o seu comportamento e ações podem ter na outra pessoa (Baer et al., 2006; Brown & Ryan, 2003; Ghanizadeh et al., 2020; Hofmann et al., 2011). O enfermeiro monitoriza, regista e avalia os efeitos e a eficácia que o seu próprio comportamento tem sobre a pessoa e família. Isto requer observar as suas próprias reações, ações, pensamentos e sentimentos no momento em que acontecem, bem como refletir e repetir a interação num momento posterior. Esta capacidade melhorada, permitiu à estudante disfarçar a surpresa, o alarme e o choque, durante o contato com a mãe do doente, onde os pormenores íntimos e angustiantes das suas vidas estavam a ser discutidos com a EIHS CP.

Na 6ª e última visita da EIHS CP, o doente mostrou-se consciente de se encontrar em fim de vida e expressou vontade de se despedir dos seus entes queridos, manifestando angústia por não o conseguir fazer. A estudante experienciou sentimentos de compaixão e implementou intervenções de conforto espiritual. Ajudar o outro a morrer com dignidade, passa pelo conforto espiritual, onde a vulnerabilidade da pessoa que morre aumenta e as questões de transcendência se podem impor. Falar sobre o significado da vida e daqueles que a tornam significativa, pode trazer sentimentos de grande conforto para o doente. Facilitar a vinda dos entes queridos ao hospital para acompanharem as últimas horas de vida deste doente, foi desafiador para a estudante, uma vez que estava a lidar com o fator *tempo*. O mesmo tempo que o doente a questionava se teria. O mesmo tempo que se transforma num mistério em fim de vida. No final desse turno, a morte do doente, consciencializou a estudante para a necessidade de desenvolver ainda mais, competências especializadas em Cuidados Paliativos, dirigidas ao doente em fim de vida.

NOTAS FINAIS

Os Cuidados Paliativos assumem-se hoje como uma das fronteiras do desenvolvimento futuro, um imperativo ético, organizacional e indiscutivelmente um direito humano.

A aprendizagem diferenciada em Cuidados Paliativos sobre a gestão emocional dos próprios sentimentos e dos sentimentos dos doentes e família, dota o enfermeiro de ferramentas capazes de manter um cuidado humanizador muito para além das intervenções meramente tecnicistas. Cuidar em Cuidados Paliativos exige que o profissional desenvolva conhecimentos e técnicas específicas, na forma como deve lidar com o sofrimento do doente e sua família. O estágio no âmbito da formação avançada em Cuidados Paliativos auxilia os enfermeiros a ampliar a sua intervenção no respeito pelos valores e filosofia dos Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. L. A., Batista, A. C. M., Macedo, C. M. R., & Pereira, E. M. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(3), 56–64. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239950006>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. In *Journal of Personality and Social Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Cabaço, S. R., Caldeira, S., Vieira, M., & Rodgers, B. (2018). Spiritual Coping: A Focus of New Nursing Diagnoses. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 156–164. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12171>
- Catanzaro, A. M., & McMullen, K. A. (2001). Increasing nursing students' spiritual sensitivity. *Nurse Educator*, 26(5), 221–226. <https://doi.org/10.1097/00006223-200109000-00011>
- Costa, A., P., Poles, K. & Silva, E. (2016). Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Interface (Botucatu)*, 20 (59):1041-52. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>
- Delio, I. (2020). Suffering and Sacrifice in an Unfinished Universe: The Energy of Love. *Religions*, 11(7), 335. <https://doi.org/10.3390/rel11070335>
- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). Competências Centrais em Cuidados Paliativos: um guia orientador da EAPC sobre educação em Cuidados Paliativos. *European Journal of Palliative Care*, 20, (2), 86-91. <https://pt.scribd.com/document/267428947/Guia-Profissional-Eapc>.
- Ghanizadeh, A., Al-Hoorie, A. H., & Jahedizadeh, S. (2020). Mindfulness. In *Second Language Learning and Teaching*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-56711-8_7
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças* (1st ed.). Springer Publishing Company.
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. In *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.003>
- Köche, J. C. (2011). *Fundamentos de Metodologia Científica - Teoria da Ciência e iniciação à pesquisa* (1ª, Vol. 1). Petrópolis, RJ: Vozes Ltda. <http://www.vozes.com.br>
- Maciel, E. A. (2013). *O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado : estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta hospitalar*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9453>
- Martins, M. C. (2010). *Aliviando o sofrimento: o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida* [Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/3185>
- Meletti, S., Cantalupo, G., Benuzzi, F., Mai, R., Tassi, L., Gasparini, E., Tassinari, C. A., & Nichelli, P. (2012). Fear and happiness in the eyes: An intra-cerebral event-related potential study from the human amygdala. *Neuropsychologia*, 50(1), 44–54. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.10.020>
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the end of life*. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

**IMPACTO DA QUESTÃO “QUANTO TEMPO ME RESTA DE VIDA?”
NUMA ESTUDANTE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

- Peres, M. F. P., Arantes, A. C. D. L. Q., Lessa, P. S., & Caous, C. A. (2007). Incorporating spirituality and religiosity in pain management and palliative care. In *Revista de Psiquiatria Clínica* (Vol. 34, Issue SUPPL. 1, pp. 82–87). UNIV SAOPAULO. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>
- Silva, M.J.P., & Araujo, M.M.T. (2009) Sentido da comunicação em cuidados paliativos. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 49-57). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Sutton, A. (2016). Measuring the effects of self-awareness: Construction of the self-awareness outcomes questionnaire. *Europe's Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1178>
- Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência* (3rd ed.). Universidade Católica Portuguesa.