

I Mestrado em Cuidados Paliativos

# Relatório de Prática Clínica

Controlo de Sintomas - Dor

Gonçalo José Neves Redondo

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessário à obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativo, realizada sob a Orientação Científica da Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e a Co-orientação científica da Mestre Sandra Cristina da Silva Neves, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Julho de 2012

## DECLARAÇÃO

Nome \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Bilhete de Identidade: \_\_\_\_\_

Título do trabalho

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orientador(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Designação do Mestrado:

\_\_\_\_\_

Nos exemplares das teses de mestrado ou de outros trabalhos entregues para prestação de provas públicas nas universidades ou outros estabelecimentos de ensino, e dos quais é obrigatoriamente enviado um exemplar para depósito legal na Biblioteca Nacional e, pelo menos outro para a biblioteca da instituição respectiva, deve constar uma das seguintes declarações:

1. É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;
2. É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (indicar, caso tal seja necessário, nº máximo de páginas, ilustrações, gráficos, etc.), APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;
3. DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TESE/TRABALHO

Instituto Politécnico de Castelo Branco, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Resumo

O relatório de estágio de dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativos, foi realizado sob a Orientação Científica da Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e a Co-orientação científica Mestre Sandra Cristina da Silva Neves, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE. O tema de aprofundamento do relatório focou-se na temática controlo de sintomas - dor.

Este relatório de estágio foi referente a três momentos, o primeiro momento decorreu na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz durante o mês de Abril, um segundo momento na Unidade de Assistência Domiciliária do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa. Por fim, um terceiro momento, que foi o desenvolvimento e implementação de um projecto de intervenção no meu local de trabalho, o Centro de Saúde do Cadaval. Nesta prática assistencial, consegui mobilizar e integrar alguns dos conhecimentos que adquiri ao longo do curso, onde procurei, percorrer todos os pilares dos cuidados paliativos, desde a comunicação e o apoio à família, passando pelo trabalho em equipa e o controlo de sintomas. Este último foi especialmente gratificante para mim, nomeadamente porque o meu tema de aprofundamento da tese, se enquadrava neste pilar, a dor.

Estes estágios permitiram que conseguisse fazer uma reflexão acerca da tipologia e modelos organizativos. A aquisição de competências foi ao nível instrumental e interpessoal, mas também ao nível sistémico, que possibilitou, um crescimento pessoal e profissional que me permitirá desenvolver futuramente cuidados de qualidade, através do alívio do sofrimento e a promoção da dignidade dos doentes e das suas famílias.

No decorrer deste relatório de estágio procurei privilegiar as fontes primárias de informação, utilizando diversas fontes bibliográficas, desde motores de busca como a EBSCO e Google, como a utilização de, livros, revisões científicas, artigos científicos, teses de mestrado e doutoramento. As normas de referenciação bibliográfica utilizadas durante este trabalho são as da APA (American Psychological Association).

## Abstract

The probation report dissertation submitted to the Instituto Politécnico de Castelo Branco to meet the requirements necessary to obtain a Master's degree in Palliative Care, was conducted under the scientific guidance of Doutora Ana Paula Gonçalves Sapeta Antunes, Coordinator Professor of Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco and Co-scientific orientation Master Sandra Cristina Neves da Silva, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE. The theme of deepening of the report focused on the control of symptoms - pain.

The probation report was done in three stages, the first time held in the Unidade de Cuidados Paliativos e Continuados do Hospital da Luz during the month of April, a second time in Unidade de Assistência of the Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE. Finally, a third point, which was the development and implementation of an intervention project in my workplace, the Centro de Saúde do Cadaval. In healthcare practice, could mobilize and integrate some of the knowledge I gained throughout the course, which sought, through all the pillars of palliative care, communication and support from family, through teamwork and symptom control. The latter was especially gratifying for me, especially as my theme of deepening thesis fit in pillar pain.

These stages allowed could make a reflection on the type and organizational models. The acquisition of skills has been instrumental and interpersonal level but also at the systemic level, which allowed a personal and professional growth that will enable me to develop further quality care through the alleviation of suffering and promotion of the dignity of patients and their families.

During this internship report sought to privilege the primary sources of information using a variety of literature sources, since search engines like Google and EBSCO, as the use of books, scientific reviews, research papers, master and doctoral theses. The standards of reference literature used in this work are those of the APA (American Psychological Association).

# Índice

Introdução .....	1
1. Tipologia e Modelos de Organização .....	4
1.1. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz: Caracterização .....	4
1.2. Unidade de Assistência Domiciliária do IPO de Lisboa - Caracterização .....	7
1.3. Tipologia, modelos e diferentes níveis de Prestação de Cuidados.....	10
2. Competências Adquiridas nos Pilares dos Cuidados Paliativos .....	14
2.1. Comunicação .....	16
2.3. Apoio à família .....	18
2.4. Trabalho de equipa .....	23
2.4. Controlo sintomático .....	26
3. Projecto de Intervenção.....	30
3.1. Identificar a área problema .....	30
3.2. Justificação do Tema .....	31
3.3. Planos estratégico-pedagógicos.....	33
3.3.1. Planeamento/Execução .....	33
3.3.2. Avaliação.....	34
3.3. Aprofundamento do tema .....	35
Conclusão .....	46
Bibliografia .....	48
Anexos .....	52
Anexo 1 - Análise de Caso do Sr. M .....	53
Anexo 2 - Análise de Caso do Sr. R .....	55
Anexo 3 - Análise de Caso da Sra. M.....	57
Anexo 4 - Plano de Formação.....	59
Anexo 5 - Slides da Formação em Serviço.....	69

## Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo corporativo com intervenção nas crises (Adaptado de Gómez-Batiste et al, 2005).....	13
Figura 2 - As quatro dimensões da dor (adaptado de Twcross, 2003, p. 84) .....	36
Figura 3 - Guia de prática clínica sobre cuidados paliativos (2008, p.85) .....	39
Figura 4 - fármacos usados no 3º Degrau da Escada da OMS (Adptado de Gonçalves Et al, 2007, p. 463) .....	40

## Abreviaturas e Siglas

UCCP - Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos

HLUZ - Hospital da Luz

UAD - Unidade de Assistência Domiciliária

IPO - Instituto Português de Oncologia

CP - Cuidados Paliativos

PNCP - Plano Nacional de Cuidados Paliativos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ESALD - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias



## Introdução

Nos dias de hoje, com a descida das taxas de Natalidade e o aumento da esperança média de vida, a população torna-se cada vez mais envelhecida, aumentando em grande medida o número de doenças crónicas, evolutivas e graves (Gómez-Batiste et al, 2010). A população alvo que beneficia de cuidados de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários não é excepção, a morbidade e co-morbidade é elevada, a maioria situa-se numa faixa etária superior aos 65 anos de idade. Para Gomez-Batiste et al, Herrera et al e Ferris et al in Capelas (2009) apontam que cerca de 60% dos óbitos necessitaram de cuidados paliativos. Cruzando agora esse valor com os dados do instituto nacional de estatística do total de óbitos para ano de 2007, esse número representaria cerca de 62 107 pessoas a carecer de cuidados paliativos. Daí que, os indivíduos que se encontram em fim de vida e a quem presto cuidados são cada vez mais. É um valor universal que todos os indivíduos merecem bons cuidados saúde, diferenciados e personalizados, daí que, ter formação adequada nesta área faça todo o sentido, e ainda mais, uma formação avançada como esta, um mestrado em paliativos (Capelas, 2009).

Também o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, 2004, p.2) reconhece que: *“com a complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo existente de um largo espectro terapêutico e a gestão de um sofrimento intenso requerem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada, que deve envolver quer a formação pré-graduada, quer a formação pós-graduada dos profissionais que são chamados à prática deste tipo de cuidados, exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência prática efectiva.”*

Bruera (2009, p.137) reforça esta opinião de que: *“Palliative care graduate programs have been shown to improve knowledge and skills in fellows training in hematooncology, geriatrics, and critical care, although their core level of knowledge prior to training varied.”*

Este relatório de dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessário à obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativo, foi realizado sob a Orientação Científica da Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e a Co-orientação científica da Mestre Sandra Cristina da Silva Neves, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Este pretende descrever e relatar todas as actividades preconizadas e realizadas nos diferentes locais de estágio, permitindo que se faça uma reflexão crítica da forma como foram atingidos os respectivos objectivos e adquiridas competências, justificando todas as intervenções e afirmações com bibliografia pertinente.

O pensamento crítico reflexivo apresenta em si um aspecto dominante deste relatório, este deverá servir para amadurecer e interiorizar as competências e conhecimentos adquiridos, bem como, fortalecer um espírito proactivo, com uma luta interior constante para que sejam

efectuadas mudanças que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Esta ideia é precisamente reforçada por Bruera (2009, p.137): “Reflection involves thinking about what we are doing, developing insight into our own approaches to a problem, analyzing the way that we tackle the problem and looking critically at the outcome. It then involves reflecting on that process, paying particular attention to what will be learnt at the end of it.”.

A adenda do regulamento do mestrado em cuidados paliativos preconizava para cada estudante a realização de 300 horas de prática clínica, sendo que esta poderia ser dividida por diferentes locais de estágio e, inclusive, havia a possibilidade de realizar 100 horas no serviço onde o estudante desempenha funções, tendo sido esta a minha opção.

As restantes 200 horas foram distribuídas por: a Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz e a Unidade de Assistência Domiciliária do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E. Esta escolha não foi aleatória, procurei escolher dois locais de estágio distintos, para que pudesse mobilizar conhecimentos teóricos em diferentes contextos, de modo a ter experiências mais diversificadas. A unidade de internamento permitiu obter conhecimento mais vasto da assistência 24h por dia ao utente, enquanto que a unidade de apoio domiciliário, o utente encontra-se no seu espaço “natural”, onde a partir do momento em que ele nos deixa entrar nesse espaço, mais facilmente conseguimos criar uma relação terapêutica. Como refere Doyle (2004) um número significativo de utentes pretende permanecer em casa, e muitos desejam até nela falecer. Isto torna clarividente a importância de, tal como refere Capelas (2009, p.52), a “... *criação de uma rede* de cuidados paliativos domiciliários que apoiará depois a rede hospitalar ou de internamento...”, sendo que estas devem “... incluir profissionais de saúde (...) devidamente treinados e vocacionados para desempenharem a sua função”.

O Regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre em paliativos da ESALD define três objectivos centrais e gerais que nortearão o desenvolvimento da prática clínica nos três locais anteriormente propostos.

- Desenvolver prática clínica/assistencial num serviço/equipa de cuidados paliativos, integrando e mobilizando os conhecimentos adquiridos, ao longo de todo o curso, nas áreas-chave dos cuidados paliativos: comunicação, controlo de sintomas, o apoio à família e o trabalho em equipa;
- Reflectir criticamente sobre a tipologia e o modelo de organização dos serviços propostos: Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz e Unidade de Assistência Domiciliária do Instituto Português de Oncologia do Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.;
- Adquirir competências instrumentais, interpessoais e sistémicas na sua área de exercício profissional, nas áreas chave dos cuidados paliativos, de modo a garantir qualidade de cuidados, a aliviar o sofrimento e a preservar a dignidade dos doentes e das suas famílias.

Este relatório de estágio encontra-se organizado segundo o Regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre em paliativos da ESALD da seguinte forma: uma primeira parte onde se fará uma descrição sumária do modelo de organização e funcionamento dos serviços e Equipas de CP, a sua caracterização e reflexão crítica. Uma segunda parte onde são identificadas as competências adquiridas nas áreas-chave dos CP: comunicação, controlo de sintomas, o apoio à família e no trabalho em equipa, dentro da sua área de exercício profissional e no decorrer da sua prática clínica, onde se enunciam os objectivos e se demonstra o modo como foram atingidos. Por fim, uma terceira parte onde se descreve o projecto de intervenção/formação desenvolvido no serviço onde desempenho funções, identificando a área problema, o objectivo, plano pedagógico da formação e de intervenção.

No decorrer deste relatório de estágio procurei privilegiar as fontes primárias de informação, utilizando diversas fontes bibliográficas, desde motores de busca como a EBSCO e Google, como a utilização de, livros, revisões científicas, artigos científicos, teses de mestrado e doutoramento. As normas de referenciação bibliográfica utilizadas durante este trabalho são as da APA (American Psychological Association).

## 1. Tipologia e Modelos de Organização

O acesso aos cuidados de saúde é hoje em dia considerado como um direito humano fundamental, os cuidados paliativos não são excepção. Ao longo da história, este valor não era tão clarividente como hoje parece ser. Digo, parece, porque em grande parte dos países, mesmo nos mais desenvolvidos isso não se verifica. Com a evolução dos cuidados paliativos ao longo do século XX e XXI a sua definição também evoluiu, a OMS (2002) citada por ANCP (2006, p.2-3) compreende cuidados paliativos como sendo “...uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado”, por meio “da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

Capelas e Neto (2010) e Gomez-Batiste (2010) referem ainda, que não só os doentes incuráveis poderão receber estes cuidados. Um indivíduo que apresente uma doença grave e debilitante, mas ainda que, curável, pode determinar uma intervenção dos cuidados paliativos, visto o sofrimento que muitas vezes apresentam ser grande, e existir uma elevada necessidade de saúde.

Assim, para que se consiga implementar a filosofia atrás descrita “(...) é necessária uma estratégia pública que disponibilize a melhor abordagem com base no mais elevado conhecimento científico e perícias suportadas em cuidados de saúde baseados na evidência...” (Capelas, 2009, p.52), para tal é necessária uma estrutura com determinado nível de organização e diferenciação, tendo por base um modelo de actuação que pense neste tipo de filosofia.

### 1.1. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz: Caracterização

O Hospital da Luz foi inaugurado em 2006 como o maior hospital privado do país, considerado mesmo, um marco na iniciativa privada em Portugal. De acordo com a página electrónica do Hospital da Luz (2012), esta instituição reúne um “hospital de agudos e um hospital residencial num complexo integrado de saúde”. Localiza-se na Avenida Lusíada na cidade de Lisboa, com bons acessos rodoviários e de metropolitano, junto a uma grande superfície comercial. A sua arquitectura de linhas modernas cria impacto na sua distinção urbana, não só exteriormente mas simultaneamente no interior, onde a sua arquitectura e decoração permite aliar a beleza ao conforto e privacidade dos doentes. A inovação tecnológica que se assiste não deixa ninguém indiferente, não só ao nível de tecnologias da saúde, mas também de sistemas de informação. Neste complexo de saúde estão disponíveis imensas valências clínicas, que permitem uma abordagem completa e integrada dos doentes. A Unidade

de Cuidados Continuados e Paliativos localiza-se no último piso do bloco Hospitalar, o 4 HR, ocupando toda aquela ala.

Para nos dirigirmos a esta unidade, temos de aceder aos elevadores gerais de acesso, que se localizam sensivelmente a dois terços do corredor que atravessa toda ala, do lado direito do hall dos referidos elevadores, localiza-se a unidade de cuidados paliativos, 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. Inicia-se com um balcão de recepção, onde habitualmente estão funcionários administrativos que, apesar de uma separação de vidro, tem continuidade com outro balcão de maiores dimensões, que possui vários computadores para serem utilizados pelos profissionais de saúde. Por detrás do espaço dos balcões e do corredor principal, está uma sala de trabalho, com diversos carros de medicação, de material de tratamento de feridas e vários armários. Nesta zona, a seguir à sala referida anteriormente, 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, 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. A arquitectura do interior é marcada por uma decoração moderna, com espaços muito amplos e bem iluminados por luz natural, sendo este último um grande ponto forte desta arquitectura, que contribui de alguma forma para promover uma ambiente calmo e relaxante. Os quartos de cuidados paliativos são individuais, num total de 16 quartos, com casa de banho e uma parede toda ela envidraçada que dá para o exterior. Possuem ainda um sofá individual e outro maior que pode ser transformado numa cama para algum familiar poder pernoitar. Os quartos de cuidados continuados têm as mesmas características mas com duas camas e apenas com dois sofás individuais. Em cada topo do corredor localizam-se duas salas de estar, com grandes vidraças que permitem muita luz natural. A meio dos cuidados continuados encontra-se uma agradável sala de refeições que pode ser utilizada pelos doentes. A sala de reuniões localiza-se na extremidade da unidade de cuidados paliativos, apresenta uma mesa comprida ao centro para que todos os profissionais possam ficar de frente uns para os outros durante a reunião.

O Hospital da Luz, tem como Missão primordial da instituição, ainda de acordo com sua página electrónica (2012), o *“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 dos três paradigmas essenciais da saúde: a excelência, a inovação e o talento.

A Administração do Hospital da Luz, como se poderá verificar no sítio electrónico (2012), é bastante vasta e sectorizada. Esta encontra-se dividida pelo Conselho de Administração; a Direcção de Produção I e II; a Direcção Geral de Suporte Operacional; a Direcção Clínica; a Direcção de Enfermagem; a Direcção Administrativa e Financeira; a Direcção de Qualidade, Organização e Sistemas de Informação; a Direcção de Infra-Estruturas de Tecnologias de

Informação e Comunicação; a Direcção Comercial; a Direcção de Marketing e as diversas Comissões Clínicas.

No caso da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, a direcção de enfermagem é constituída por uma Enfermeira Chefe Coordenadora, tendo como responsável dos Cuidados Paliativos uma Enfermeira com largos anos de experiência em Cuidados Paliativos. A Coordenadora Clínica da Unidade é constituída por uma médica com uma enorme experiência e conhecimentos em Cuidados Paliativos, tendo desempenhada a mesma, um contributo enorme para os cuidados paliativos em Portugal. Estas três pessoas constituem o núcleo de gestão e coordenação da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos. Tal como refere Twycross (2003, p.18), *“Devido ao facto de existir uma sobreposição das atribuições, a coordenação constitui um factor importante do trabalho em equipa.”*

A equipa interdisciplinar da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos é muito vasta, sobretudo se tivermos em conta não só os profissionais que se dedicam a tempo completo, como também todos os que de algum modo intervêm a tempo parcial, directa ou indirectamente. Deste modo, a equipa interdisciplinar é constituída por: equipa médica (4 médicos); de enfermagem; equipa de assistentes operacionais e da psicóloga. De um modo pontual, sempre que assim se justifique, também se contam com os profissionais do serviço de medicina física e reabilitação, particularmente dos fisioterapeutas, da terapeuta da fala e terapeuta ocupacional; da dietista; 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, como por exemplo da cirurgia ou oncologia; de assistentes operacionais circulantes/maqueiros e ainda de todos os outros profissionais da instituição que não foram referidos.

A Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz existem diversos exemplos de excelência, gostaria de salientar em particular os momentos que dizem respeito ao trabalho em equipa, nomeadamente, a transmissão de informação entre os diferentes profissionais. Um exemplo disso é o caso da passagem de turno entre enfermeiros, que se realiza antes dos turnos da manhã, tarde e noite. No entanto, a passagem de turno da manhã apresenta algumas diferenças significativas, o enfermeiro que fez noite, passa a informação de cada utente das 24 horas anteriores. Essa informação é transmitida verbalmente e por escrito, sendo que esta última, tem a objectivo de não haver perdas significativas de informação e uma transmissão sistematizada, essa informação escrita é aplicada a todos os utentes e é actualizada ao longo dos turnos, e no turno da noite colocadas as alterações em suporte informatizado e depois impressa em papel. Sumariamente consta nessa folha os seguintes aspectos: identificação do utente; médico responsável; Antecedentes pessoais; Motivo de internamento; diagnóstico; Avaliação da pessoa; Sensação/repouso; Respiração; Circulação; Nutrição/digestão; eliminação; Tegumentos; Actividade Motora; Exames e Terapias.

Após a passagem de turno da enfermagem da manhã, é realizada uma passagem de informação entre enfermeiro e médico, em que são discutidas sumariamente as situações que

representam preocupação de cada utente e procura-se discutir em equipa qual a melhor abordagem.

A reunião de equipa é realizada com uma periodicidade semanal, onde se procura que estejam presentes o máximo número de profissionais, mesmo os que estão na unidade a tempo parcial, com os principais objectivos de discutir situações complicadas e delinear uma estratégia e objectivos comuns. É também de salientar, a forma como se observa um clima de confiança, no trabalho das diferentes classes de profissionais, tornando as “fronteiras” das classes bastante ténues, verificando que, os diferentes profissionais assumem a informação e sugestão efectuadas de uns para os outros.

Deste modo, verificamos que, a equipa da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do hospital da Luz é na verdadeira acessão uma equipa interdisciplinar, com uma efectiva intervenção e colaboração pluridisciplinar, com a determinação de objectivos comuns a todas as classes, para o doente e a sua família.

Como referem Bruera (2006), Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004), Neto et al (2010) e EPAC (2009), os cuidados paliativos são cuidados interdisciplinares, pois só colectivamente se consegue contribuir para o bem-estar global do doente e sua família.

## 1.2. Unidade de Assistência Domiciliária do IPO de Lisboa - Caracterização

O Instituto Português de Oncologia de Lisboa foi fundado em 1923 e desde essa data que se dedica à luta contra o cancro em Portugal e à prestação de cuidados de saúde diferenciados. Através da figura histórica emblemática do Professor Francisco Gentil, cofundador do IPO de Lisboa, foram estabelecidos como princípios de tratamento dos utentes, a visão do doente como “um todo” e de uma abordagem multidisciplinar do cancro. O IPO de Lisboa, segundo a sua página electrónica (2012), baseia a sua actuação ao doente oncológico em 5 pilares, uma atitude centrada no doente; responsabilidade social; cultura do conhecimento como um bem em si mesmo; excelência técnica, científica e do cuidar; cultura interna de multidisciplinariedade e do bom relacionamento no trabalho.

Com esta herança histórica, o IPO de Lisboa, norteia a sua actuação no valorizar o *doente em primeiro lugar*, sendo um centro oncológico multidisciplinar de referência, com diversas áreas de actuação, que vão desde a prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e continuidade de cuidados, passando por áreas de investigação e ensino, baseando a sua actuação de acordo com as melhores práticas clínicas e uma eficiente equidade de recursos.

O IPO de Lisboa conta com cerca de sete hectares de terreno que gere e é constituído por 10 pavilhões, nos quais se desenvolvem diversas actividades, emparelhadas em departamentos, tais como, departamento de Cirurgia, departamento de Cuidados de Suporte e Oncologia

Psicossocial, onde se insere a Unidade de Assistência Domiciliária, departamento de oncologia da criança e da Adolescência, Departamento Diagnóstico laboratorial, departamento de Hematologia, departamento de Medicina, departamento de Radioterapia e Imagem.

A referenciação de doentes ao IPO de Lisboa provém sobretudo dos estabelecimentos de saúde situados nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Regiões autónomas da Madeira e Açores, correspondendo a uma população global de cerca de 4 milhões de habitantes. (in site IPO, 2012)

A Unidade de Assistência Domiciliário do IPO de Lisboa foi criada pelo Prof. Francisco Gentil, em Fevereiro de 1956, como o intuito de levar a instituição ao meio familiar. Como refere na página electrónica do IPO, os objectivos gerais do serviço naquela data, previam assistência médica e cuidados de enfermagem no domicílio com formação na área, e uma coordenação de actuação com outros profissionais de saúde para a reabilitação do utente. Isto permitiu uma diminuição do número de doentes hospitalizados, e uma diminuição do custo com os doentes, isto foi, essencialmente conseguido “(...) em virtude de se diminuir o tempo de internamento e ensino, rastreio e tratamento precoce de doenças oncológicas” (in Site IPO, 2012)

A UAD encontra-se sedeadada no 2º Piso do edifício *lar de doentes*. Este é constituído por 1 gabinete principal da equipa da UAD, onde são realizadas as reuniões de equipa e passagens de turno. É formado por diversas secretárias dispostas em quadrado no centro do gabinete, e ao canto direito encontra-se a secretária clínica da unidade. Este mesmo gabinete, tem 3 portas, uma de saída, e duas que têm ligação com uma pequena copa (lado Esquerdo) e uma pequena sala de arrumos (lado direito). Esta última é onde se encontram armários com material de tratamento de feridas, fármacos e soros, e malas portáteis que cada enfermeira transporta para as visitas domiciliárias. Ainda, pertencente às instalações da equipa, existe uma casa de banho e um gabinete da directora clínica.

A missão da UAD é (in site do IPO) “*prestar cuidados activos coordenados e globais, a doentes e suas famílias, decorrente de doença avançada e progressiva com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida.*”

Os critérios de admissão/encaminhamento para a UAD são, ser doente oncológico e com acompanhamento no IPO de Lisboa; ter morada no centro urbano de Lisboa, sendo que, este critério é demonstrado na morada, em que o utente deve ter o código postal de Lisboa; possuir cuidador, seja ele cuidador formal ou informal; que o utente aceite ser apoiado pela UAD; possuir uma idade superior a 18 anos de idade.

A forma de referenciação para a unidade é feita, normalmente, através do médico assistente do IPO, aquele que habitualmente segue o utente, seja ele, oncologista, Cirurgião, radioterapeuta, médico da consulta da dor ou outro.

A Equipa da UAD é constituída pela Directora de Serviço que é médica, uma enfermeira chefe e quatro enfermeiras, uma Assistente Social, uma assistente técnica, uma assistente operacional e dois motoristas. Destes, apenas uma enfermeira se encontra a tempo completo, os restantes profissionais estão a tempo parcial, porque compõem também a Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e a Equipa de Gestão de Altas.

As visitas domiciliárias são efectuadas por duas equipas que vão em carros diferentes, conduzidos por motoristas do IPO, a equipa A é composta por uma enfermeira e a médica da equipa e a outra, Equipa B, é composta apenas por uma enfermeira, que habitualmente vão em carros diferentes, os utentes são distribuídos para cada uma das equipas pela complexidade da situação clínica do utente e/ou critério clínico, sendo que, normalmente as admissões são sempre efectuadas num contexto multidisciplinar, médico e enfermeiro.

A UAD apresenta um horário de funcionamento das 8h às 16h, todos os dias do ano, inclusive feriados. Existe uma diferença em termos de recursos humanos, aos Fins-de-semana e feriados, o apoio domiciliário é efectuado apenas por um elemento, um enfermeiro, no entanto a médica da UAD, tal como referi anteriormente, está sempre contactável telefonicamente. Normalmente este apoio telefónico serve para efectuar ajustes de terapêutica e tudo o resto que seja necessário, inclusive visita domiciliária, se tal se justificar.

Diariamente o turno começa com uma reunião diária em que estão presentes os elementos da equipa multidisciplinar, que discutem a situação de cada doente e sua família, definindo um plano de intervenções e consensualizando os objectivos terapêuticos.

A capacidade médica de acompanhamento na UAD num determinado período é de cerca de 22-23 utentes e suas famílias, dependendo da sua complexidade. O tempo de espera para admissão dos utentes na UAD, varia entre 0-57 dias, sendo que a mediana se situa nos 6 dias, após encaminhamento do médico assistente. Por outro lado, a mediana de sobrevivência dos utentes é de cerca de 1 mês e meio. Um outro dado interessante é que cerca de um terço dos utentes admitidos falecera no domicílio. Em 2011, foram admitidos 95 utentes, com 72 novas admissões.

Para Doyle (2004), existe um número significativo de pessoas que deseja permanecer em casa durante o processo de doença terminal, e se possível, nela falecer, para isso é necessários que sejam criadas equipas de apoio domiciliário que tenham formação específica no controlo sintomático. Para o contexto português, Capelas (2009) refere que a prioridade deve ser dada à criação de uma rede domiciliária de cuidados paliativos, sendo que deverão existir num rácio de 1-1,5 equipas por 100 mil habitantes, constituídas por 2 médicos e 3-4 enfermeiros.

### 1.3. Tipologia, modelos e diferentes níveis de Prestação de Cuidados

Para Neto (2009), é difícil de definir qual a tipologia de doentes em cuidados paliativos e quem é o doente terminal. No entanto, à luz das mais recentes definições da OMS, que já fiz referência anteriormente, não são apenas os utentes com doença avançada e incurável que carecem destes cuidados, mas também, os utentes com uma doença debilitante e/ou níveis elevados de sofrimento, podem impor a necessidade da intervenção dos cuidados paliativos. No entanto, tal como refere a mesma autora, no PNCP (2004, p.7) surgem como destinatários dos cuidados paliativos apenas aqueles que se encontram “(...) em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva.”

Não existe um modelo único e ideal de prestação de cuidados paliativos. Como refere Capelas (2009) e Neto (2010), os modelos são determinados pelas necessidades e recursos locais. Ou indo mais longe, EAPC (2010), Bruera e Osta (2006), OMS, Gómez-Batiste *et al* (2010), Capelas e Neto (2010), que 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, como referem Bruera e Osta (2006), modelos de prestações de cuidados, que em conjunto correspondem a uma rede de assistência. Os mesmos autores também referem que nas diversas componentes da prestação de cuidados paliativos, “*the most important aspect of this model is the different arrows connecting the different settings of care*” (Bruera e Osta, 2006, p.272).

Para Gómez-Batiste *et al* (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. A EAPC (2010) e Bruera e Osta (2006), acrescentam que para além destas deverão existir Internamentos tipo *Hospice*, Equipas de Cuidados Paliativos no Domicílio, *Hospital em Casa* e Equipa de Voluntários *Hospice*. Cada um destes serviços deverá fazer parte de uma rede regional de prestação de cuidados paliativos, em que cada um deles existiria para um determinado número de habitantes.

Tal como referi anteriormente, a escolha dos meus locais de estágio não foi aleatória, assim consigo ter um exemplo prático de dois modelos de prestação de cuidados paliativos. A Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz constitui um exemplo de internamento e a Unidade de Assistência Domiciliária do IPO de Lisboa como exemplo de um serviço de cuidados paliativos no domicílio. Infelizmente, ao contrário do que foi referido anteriormente, em Portugal, como refere Capelas (2009, p.55), há uma “(...) ausência de uma adequada avaliação das necessidades...”, em termos no número de camas para internamento devemos estar próximo dos 10% das necessidades. O mesmo acontece com outras tipologias, como os cuidados paliativos domiciliários, sendo esse valor ainda mais baixo que o anterior.

## Níveis de Diferenciação

Os cuidados paliativos podem ser organizados em distintos níveis de complexidade, o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2004), estabelece que existem 4 níveis de diferenciação na prestação de cuidados, sendo elas as acções paliativas e os cuidados paliativos de Nível I, II e III. A acção paliativa, que se pode definir, como 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, *“representa o nível básico de palição (...) sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas; (...) pode ser prestada em regime de internamento, regime domiciliário, no âmbito da Rede Hospitalar, da Rede de Centros de Saúde ou da Rede de Cuidados Continuados”*. Por sua vez, os 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”*. Já os Cuidados Paliativos de Nível II caracterizam-se por serem *“prestados em unidade internamento próprio ou no domicílio, (...) garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas; 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”*. Os 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; desenvolvem actividade regular 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.”* (DGS, 2004, p.11-12)

A EAPC (2009), de forma idêntica à descrita anteriormente refere que os Cuidados Paliativos podem ser prestados em 4 níveis, o *“Palliative Care Approach”*, o *“General Palliative Care”*, o *“Specialist Palliative Care”* e por fim o *“Centre of Excellence”*. As características dos níveis de cuidados paliativos atrás referidos correspondem, respectivamente, às acções paliativas, cuidados paliativos nível I, cuidados paliativos nível II e por fim cuidados paliativos nível III.

Tendo em conta o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004), a Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, constitui, sem qualquer margem para dúvida, uma Unidade que presta cuidados paliativos de Nível III, por apresentar as seguintes características: é uma unidade de internamento com assistência de 24 horas por dia; possui ainda uma equipa multidisciplinar com um grande número elementos com formação avançada; existem programas regulares de formação especializada em cuidados paliativos, como é exemplo este mestrado ou de alguns estágios de estudantes da licenciatura em enfermagem ou de pós-licenciaturas de especialização; verifica-se a existência de alguma actividade de investigação, a publicação de artigos científicos, a participação em congressos através de comunicações ou

ainda alguns trabalhos científicos que serviram de base a algumas teses de mestrado. Por fim é a única que é acreditada pela ESMO (European Society of Medical Oncology) para a prática integrada de oncologia e cuidados paliativos.

Por outro lado, a Unidade de Apoio Domiciliário do IPO de Lisboa, constitui uma Unidade que presta cuidados paliativos Nível I, principalmente, por não reunir alguns critérios, como por exemplo, não possuir atendimento 24h por dia, a equipa multidisciplinar que a compõe ser pequena. No entanto, no que resta têm características de uma equipa nível II ou mesmo III, a maioria da equipa multidisciplinar tem formação avançada em CP, e possui capacidade de responder a situações de elevada complexidade. Um ponto forte desta equipa, é a facilidade de articulação com outros profissionais de saúde do IPO, nomeadamente, na área da Psiquiatria/Psicologia, social e espiritual.

### **Modelos de Prestação de Cuidados**

O termo de cuidados paliativos, ou mesmo a sua definição actual, tem apenas alguns anos, os cuidados paliativos modernos tiveram origem na década de 60 do século XX, através de figuras históricas como Cicely Saunders e Kluber-Ross. Este século, nomeadamente, a partir da segunda metade foi marcada por um exponencial avanço da medicina, melhoria das condições de vida, e consequente aumento da esperança média de vida. Este facto, não ditou, no entanto, que se passa-se a morrer melhor, pelo contrário, como diz Neto (2010, p.1) *“A morte passou a ser negada e encarada como «derrota»...”*, estava-se muito vocacionado para a cura, chegando mesmo a ocorrer, como refere a mesma autora, uma *“... ilusão de pleno controlo sobre a doença.”*, colocando para segundo plano as reais necessidades dos utentes.

Neto e Capelas (2010) apresentam diferentes modelos de actuação para os doentes que se encontravam em fim de vida, alguns dos modelos são completamente desadequados, mas que se conseguem perceber à luz do enquadramento anterior.

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 explicitamente ou implicitamente, por vezes mantendo exames e terapêuticas desadequadas, é um exemplo deste modelo, situações destes doentes em unidades de Cuidados Paliativos. Com o trabalho muito meritório de Cicely Saunders, e a fundação dos *Hospices*, como foi referido anteriormente, 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, no entanto, apresenta enormes custos para o doente e suas famílias. Foi nesta fase que surgiu a questão, “*Mas afinal quando começam os cuidados Paliativos?*”. A partir da evolução da definição de CP, por parte da OMS, em que é abandonado o critério do Prognóstico, e se passa a actuar conforme as necessidades dos utentes, surge o modelo integrado. Este permite a coexistência de medidas curativas e paliativa, em que, “*(...) à medida que as necessidades de dos doentes e doença evoluem, também o peso intervencional de cada um se altera.*”.

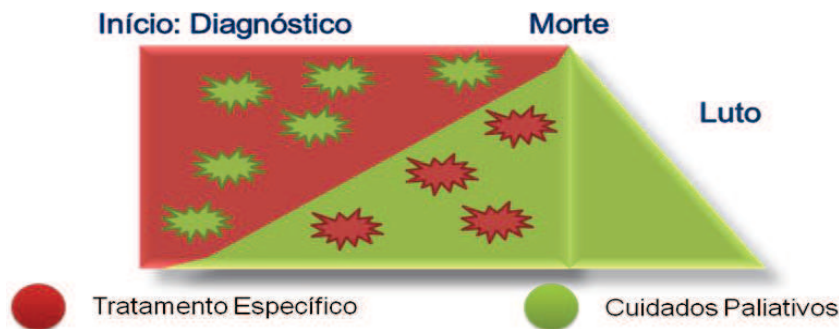


Figura 1 - Modelo corporativo com intervenção nas crises (Adaptado de Gómez-Batiste et al, 2005)

Por último, como uma das principais “bandeiras” dos CP são as melhorias contínuas da qualidade assistencial e organizacional, é “*(...) preconizado como mais adequado e para o qual os modelos de intervenção específica em CP deverão evoluir, 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.*”, surgindo assim o modelo corporativo com intervenção nas crises, como mostra na Figura 1. (Neto e Capelas, 2010, p.787-789)

## 2. Competências Adquiridas nos Pilares dos Cuidados Paliativos

“Quando eu não existir, o que existirá?”. (Tolstoi, 2009, p.54)

“Toda a gente sabe que vai morrer...mas ninguém acredita nisso.” (Albom, 2006, p.103)

*“No princípio da vida, quando somos crianças, precisamos dos outros para sobreviver (...) e no fim da vida, quando ficas como eu, precisas dos outros para sobreviver, certo? (...) Mas o segredo está aqui: entre uma coisa e a outra, também precisamos dos outros.” (Albom, 2006, p.183)*

Antes de cuidar de alguém em fase terminal devemos pensar sobre o que é a morte? Pensar como seria a nossa morte? Ou, como eu gostaria de morrer? Será que a minha vivência espiritual influencia a forma de encarar a morte? A minha vida foi significativa?

É bom questionarmos sobre a nossa morte, tenho pensado regularmente sobre isso, e tal como diz Morrie (Albom, 2006, p.105), *“Aprende a morrer, e aprendes a viver”*. Pensar que somos efémeros ajuda-nos a olhar para o que é essencial, e deixarmos de lado o que é acessório, se não podemos correr o risco de só nos apercebermos do verdadeiro sentido da nossa vida quando estamos a morrer, ou em risco de morrer, *“(...) quando pensava que seguia para a frente e ia para trás, e de repente descobria a verdadeira direcção.” (Tolstoi, 2009, p.90).*

Uma dica muito interessante é-nos dada no livro de Tolstoi (2009), para lidarmos com pessoas em fase terminal é necessário termos um pouco de *Guerássim*, empregado de Ivan Ilitch (Tolstoi, 2009), fazer as coisas de boa vontade, com bondade e com simplicidade, sabermos aceitar e tentarmos-nos colocar no lugar daquela pessoa, aceitar a sua doença, tentar compreender o seu sofrimento, mas acima de tudo sermos verdadeiros. *“A verdade é um dos agentes terapêuticos mais poderosos que temos ao nosso dispor(...).”* Simpson citado por Twcross (2003, p.37)

As competências definidas no projecto de estágio que pretendo demonstrar seguidamente através da explanação por entre os pilares dos cuidados paliativos são os seguintes:

- *Integrar os princípios e a filosofia Cuidados Paliativos (CP) na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde;*
- *Analisar valores e crenças pessoais em diferentes contextos de CP;*
- *Avaliar e aliviar a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica;*
- *Actuar como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade;*
- *Avaliar e controlar necessidades psico-sociais e espirituais dos doentes e suas famílias;*

- *Analisar em profundidade e actuar como consultor em aspectos éticos, legais e culturais inerentes aos CP;*
- *Comunicar de forma terapêutica com paciente, familiares e equipa de saúde;*
- *Implementar programas de luto para pacientes e familiares;*
- *Implementar, avaliar e monitorizar planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da equipa de CP;*
- *Promover programas de formação em CP para diferentes profissionais de saúde, nomeadamente na área temática controlo sintomático: Dor*
- *Estruturar e implementar programas em CP.*

Os cuidados paliativos assentam-se em quatro pilares fundamentais, controlo de sintomas, comunicação eficaz, apoio à família e no trabalho em equipa. Todos estes apresentam igual importância, e para Sapeta (2011), correspondem a uma filosofia que tem como figuras centrais a pessoa e não a patologia, que aceitam a morte como sendo parte integrante da vida. São melhor administrados por uma equipa de pessoas, sejam elas, médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, capelões, voluntários, entre outros, que apresentam objectivos comuns, e trabalham colectivamente para atingir esse objectivo, que é, promover o bem-estar global do doente e sua família. Assim, os princípios dos cuidados paliativos, que são defendidos em todo o mundo, e em especial no PNCP (2004), são os seguintes:

- Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;*
- Encara a doença como causa de sofrimento a minorar;*
- Considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;*
- Reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;*
- Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;*
- Considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;*
- Assenta na concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;*
- Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;*
- É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;*
- Centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;*
- Só é prestada quando o doente e a família a aceitam;*
- Respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;*
- É baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.*

## 2.1. Comunicação

É impossível não comunicar. A palavra e a escuta são duas ferramentas muitíssimo importantes no trabalho em cuidados paliativos. Elas permitem a troca de informação sobre si e sobre tudo o que as rodeia. Por esta razão a comunicação constitui uma necessidade primordial na atenção ao doente e família, no entanto, esta apesar de importante é bastante difícil.

Segundo Baile *et al* (2000), como primeiro passo a equipa deve procurar um local adequado, que fosse tranquilo e confortável para o doente, com privacidade, tendo tempo e demonstrando ter essa disponibilidade, de preferência sem interferências e procurando envolver pessoas significativas para o doente. No HLUZ havia um cuidado a todos os níveis com a manutenção de um ambiente tranquilo, isto era possível verificar em todos os elementos que constituem a equipa, desde as auxiliares de limpeza, ao Assistentes Operacionais, passando pelos elementos de enfermagem, e médicos. Todos tinham o máximo cuidado para evitar ruídos desnecessários que colocassem em causa a tranquilidade dos utentes. Já no IPO, mesmo estando num ambiente completamente diferente, neste caso o domicílio, procurava-se demonstrar que tínhamos tempo para atender. Sempre que era necessário e importante, procurávamos sentar ao lado do doente quer seja no sofá, ou numa cadeira, bem ao seu plano de visão. Como nos diz Querido *et al* (2010), o contacto visual é um aspecto muito importante, os doentes sentem que um profissional de saúde está a olhar para eles, parece-lhes que estes profissionais são mais honestos e sinceros, e sentem que estão a receber atenção e uma escuta interessada. Ainda para as mesmas autoras, é referido que um contacto visual ao mesmo nível é o mais adequado, e mais ainda, na situação de cuidados paliativos, em que grande parte dos doentes se encontra acamado. É muito interessante constatar que à semelhança da equipa da UAD, que procuram se sentar ao lado do doente, bem ao mesmo nível, o mesmo acontece com a equipa do HLUZ.

Um outro aspecto fundamental na comunicação, e muito comum, tanto na UAD como na HLUZ, é a capacidade de escutar, sendo a escuta activa crucial para poder ajudar os outros. Esta não consiste apenas em compreender as palavras que os outros dizem, mas também, em compreender os seus sentimentos. Muitas das vezes esta abordagem era utilizada, em especial, naqueles momentos em que se verificava que os utentes nos queriam transmitir algo, mas que sentiam dificuldade. Muitas das vezes, e à semelhança do que diz Sapeta (2011, p.60), “*é fundamental seguir o ritmo das necessidades do doente, escutar as suas mensagens, através da linguagem verbal e não-verbal - os seus silêncios, os seus gestos, o seu olhar - já que nos dão pistas indicativas dos seus estados emocionais.*”. O contacto visual que foi referido, aliado à expressão facial poderá ser considerado como os dois aspectos mais fortes da comunicação não-verbal. Existem diversas expressões faciais, que variam consoante a combinação do formato e posição dos olhos, das sobrancelhas, das narinas e da boca, que permitem transmitir diferentes emoções e sentimentos. Sempre que possível, é desejável que se limitem as emoções negativas,

e potenciem as positivas, por exemplo um sorriso genuíno habitualmente transmite uma sensação de interesse, esperança e de verdadeiro compromisso. A comunicação não-verbal pode servir para complementar e reforçar a mensagem que se pretende transmitir, este tipo de comportamentos são igualmente importantes para poder interpretar o comportamento não verbal dos doentes. 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, sob pena, de ser mais tomada em conta aquela mensagem que habitualmente é mais genuína, a não-verbal. As mensagens não verbais que os doentes nos transmitem devem, também, ser tomadas em conta. Reflectindo sobre estes dados na análise de um exemplo prático (anexo 2) o do Sr. R, verificava-se muitas vezes, que existia uma incongruência, entre a mensagem que nos transmitia, e a sua postura corporal. Chegando mesmo a afirmar, que se sentia bem sem qualquer problema, mas que a sua postura revelava que se encontrava ansioso e desconfortável. (Querido et al, 2010)

A aplicabilidade do protocolo de Buckman é enorme, não só em situações de transmissão de más notícias, mas também como uma referência nas estratégias comunicacionais. Tomando o exemplo específico do Sr. R, poderia explorar-se o porquê daquela incongruência da linguagem verbal com a linguagem não-verbal, utilizando o protocolo de Buckman que propõe 6 passos distintos. Segundo Baile *et al* (2000), no primeiro passo a equipa deve procurar um local adequado, tranquilo e confortável para o doente, com privacidade, tendo tempo e demonstrando ter essa disponibilidade, de preferência sem interferências e procurando envolver pessoas significativas para o doente. Como por exemplo a sua esposa, visto que procurava estar presente todos os dias, indo para casa apenas depois do jantar, e chegando muitas vezes logo a seguir ao pequeno-almoço.

No segundo passo é importante que se tente saber qual a informação que o doente possui, avaliando as suas expectativas, objectivos e preocupações, procurando que seja este a falar através de questões abertas colocadas pelos profissionais. Se um cliente der sinais, directos ou indirectos, de que não deseja considerar a sua doença como fatal, não devemos força-lo a admitir a verdade. No entanto deveremos estar atentos a perguntas realizadas pelo cliente 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?”.

No terceiro passo, pretende-se descobrir o que doente quer saber, permitindo que seja este a fazer as perguntas, nunca lhe sendo transmitido informação que não pretende conhecer. Para se saber se o Sr. R deseja a informação ou não, podiam-lhe ser feitas perguntas como: *habitualmente gosta de saber tudo o que se passa consigo ou prefere deixar tudo nas mãos dos profissionais?; quer saber pormenores da sua doença ou quer apenas saber dela na sua generalidade?; prefere saber os resultados dos seus exames e/ou análises ou prefere discutir o seu tratamento?.*

Para o quarto passo, de acordo com o conhecimento adquirido anteriormente, é importante transmitir a informação adequada gradualmente, recorrendo a alguns *tiros de aviso*, confirmando regularmente a recepção e percepção da mensagem transmitida, permitindo ao doente uma esperança realista e procurando que seja o próprio doente a chegar às conclusões pretendidas. Em relação ao Sr. R seria importante começar com comentários do género de, *infelizmente não temos muito boas notícias para si!*. Também não deveria ser usada linguagem muito técnica é importante ir confirmando regularmente se está a receber e a perceber a mensagem. Para isso, é importante clarificar e reformular algumas vezes a mensagem que estivesse a ser transmitida, assim como interpretá-la.

No quinto passo pretende-se responder às emoções do doente, através de uma atitude empática caracterizada pela escuta activa: observar as suas emoções, identificar e nomear essas emoções, identificar a razão da emoção e deixar que expresse os seus sentimentos, levando-o a verificar que estamos identificados com a razão destes, “Não estou no seu lugar mas é natural que se sinta assim”; “Outros clientes em situações parecidas também se sentiriam assim”; “Quero que saiba que estaremos consigo e não o abandonaremos”. Recorrendo novamente ao caso do Sr. R, este passo teve um impacto no meu cuidar, porque com a utilização destas estratégias, senti que o utente sentiu-se à vontade para exprimir os seus sentimento, permitindo que ele próprio se sentisse mais aliviado, “(...) *com este desabafo, nem imagina como me sinto mais aliviado.*” (SIC).

No último ponto, mas não menos importante, planear todo o acompanhamento futuro, ajudar a integrar a informação, partilhar as preocupações e continuar a acompanhar. Tentar fundir a nossa “agenda” com a do “doente”, fornecendo o plano de cuidados para o futuro, que deve incluir: Opções de tratamento; Deve ser consensual Incluir os principais problemas, periodizados com o doente; Concretizar aspectos importantes para o doente; Marcar um próximo encontro; Mostrar disponibilidade; Tentar dar algumas boas notícias; Deixar sempre uma porta aberta para a comunicação. Esta é uma prática frequentemente utilizada na UAD do IPO, no final de cada visita domiciliária, havia o cuidado de se agendar sempre a próxima data, dizendo qual o dia certo da próxima visita, e que caso houvesse alguma alteração, ou que o utente necessitasse, estava sempre disponível o contacto telefónico da equipa.

### **2.3. Apoio à família**

A família desde sempre que constitui um pilar importantíssimo para as pessoas que se encontram debilitadas e principalmente em fim de vida, no entanto, é normal que a família experimente, à semelhança do utente, períodos de incerteza e de adaptação às dificuldades percebidas e vividas. (Neto, 2003). Assim sendo, o nosso alvo de cuidados não pode ser apenas o utente e temos “(...) *de forma ineludible, en la atención del paciente y la familia com el*

*objectivo de diminuir el nivel de sufrimiento de todas las personas implicadas” (Cobos et al, 2002, p.576).*

Para Twycross (2003) a essência dos cuidados paliativos é a aliança entre a equipa de cuidados, o doente e a família. Quer no HLUZ, quer no IPO, procurava-se sempre envolver a família em todos os momentos. Mas como é expectável, este envolvimento apresenta uma relevância maior no domicílio, esta ideia é reforçada por Neto (2003, p.68) *“O Apoio e a participação da família coloca-se, quer os cuidados sejam prestados em internamento, quer no domicílio, embora com maior ênfase neste último”*. Ainda segundo a mesma ideia Cobos et al (2002) cuidar no domicílio de um doente com doença oncológica em fase avançada, incurável e progressiva, constitui uma ameaça à estabilidade familiar. Dada a situação complexa com que a família se depara, em que têm que lidar com a sua dor e simultaneamente mobilizar competências para prestar cuidados físicos, emocionais e espirituais ao seu ente querido, fazendo com que a opção de cuidar no domicílio seja por vezes difícil de ser tomada.

Moreira (2001) refere que cuidar no domicílio representa para os cuidadores o enfrentar de situações com que não estão habituados a lidar e a responder a exigências inesperadas que ocorrem ao longo do processo. Um exemplo evidente destas exigências e que me deu uma enorme lição de vida, essencialmente pela força de vontade de estar ao lado do seu ente querido, para apoiá-lo e de partilhar o seu sofrimento foi o caso de uma família em que foi diagnosticado uma neoplasia do pâncreas Sr. A, o pai da família, vivia com a esposa, e tiveram duas filhas fruto dessa relação, que procuravam estar ao lado dos seus pais o máximo de tempo possível. Podemos considerar que eram uma família bastante unida e que se apoiava mutuamente, sendo que, muitas vezes a esposa do Sr. A, tentava assumir controlo de todos os procedimentos, porque como ela própria dizia, *“A minha avó foi capaz de cuidar do meu avô em casa, permitindo que ele falecesse dignamente, e eu também serei capaz” (SIC)*. A esposa, apesar de ser aposentada de uma profissão relacionada com a saúde, o alvo dos seus cuidados era a pediatria, pelo que tratar de um adulto, e mais sendo o seu marido, ficava um pouco longe da sua experiência profissional. No entanto, com toda a sua força de vontade, o apoio das filhas e de uma empregada, e da UAD do IPO, foi possível, dar o máximo conforto e dignidade ao seu marido, permitindo que ele faleça tranquilamente no domicílio.

As atitudes promovidas pela equipa da UAD segundo Neves (2007) dizem respeito a uma: *comunicação efectiva intrafamiliar; a transição progressiva de novos papéis; a distribuição de tarefas; favorecer o autocuidado; manter algumas possíveis rotinas familiares; favorecer a manutenção da autonomia na tomada de decisão; verificar a possibilidade apoio externo à família.”*

Na situação do Sr. M (Anexo 2), que se encontrava com um nível de consciência alterado, pela situação de sedação paliativa, notava-se uma grande dificuldade da Esposa em se manter ao seu lado, sempre que a equipa necessitava de realizar algum tipo de intervenção/avaliação a esposa saía do quarto, dizendo que preferia não estar presente. A esposa do Sr. M ia visitá-lo

todos os dias, permanecia grande parte do dia no HLUZ. Quando chegava dirigia-se primeiramente à equipa para perguntar da situação do Sr. M, procurava não falar abertamente com a equipa sobre a situação do seu marido à frente deste, daí que a estratégia de se dirigir em primeira instância à equipa era com esse objectivo. A equipa procurava incentivar a permanência dela e de outros elementos da família perto do Sr. M, e sempre que possível falar com ele, procurando que a mesma exprimisse os seus sentimentos, sejam, de despedida, ou de perdão, ou “Amo-te”. Outras estratégias eram adoptadas, para minorar o sofrimento do Sr. M e da esposa, procurava-se informar regularmente sobre o conforto do doente, e tentava-se antecipar alterações/agravamento do estado de saúde, para assim se saber o que esperar.

Analisando melhor, toda esta situação, talvez, outro tipo de abordagens se poderiam ter adaptado, de forma a complementar as atitudes tomadas, e assim minorar e/ou prevenir complicações psicológicas futuras na utente. Assim devemos nestas situações, procurar proporcionar um suporte emocional e físico à esposa e família, procurando envolvê-los em ligeiros procedimentos numa fase inicial, como por exemplo, auxiliar nos procedimentos de conforto, como uma massagem e/os cuidados à boca, e demonstrar, continuamente que a sedação foi o “último recurso” e que o objectivo da sedação não é encurtar a vida do Sr. M. (EAPC, 2009)

Percepciona-se que a conspiração do silêncio representa uma situação problemática que é necessário contrariar. Neves (2007) refere que numa situação em que existe uma conspiração do silêncio, a família e o doente evitam falar sobre a situação, podendo solicitar à equipa ou a outros elementos da família para que a informação seja ocultada. Correndo o risco de assim comprometer gravemente a relação doente/família. Astudillo e Mendinueta (2004) dizem que a família opta muitas vezes por um silêncio protector quando se depara com uma situação de doença avançada, argumentando o doente não será capaz de enfrentar a situação se tiver conhecimento da mesma, que ficará muito deprimido e que poderá mesmo atentar contra a sua vida. Twycross (2003) defende que esta reacção deve ser considerada como uma reacção inicial de choque, que resulta do medo instintivo dos familiares relacionado com a morte, associado ao desejo de protegerem do sofrimento um ente querido. Não devendo ser usada como desculpa para nada dizer ao doente.

No que se refere ao HLUZ, ia com alguma expectativa em relação às conferências familiares, visto uma das autoras dos primeiros artigos publicados nesta área em Portugal trabalhar naquele serviço. Infelizmente, devido à curta duração do estágio, não tive oportunidade de assistir a uma conferência destas, ainda assim, parece bastante pertinente destacar a importância desta temática para os CP. Assim, a conferência familiar poderá ser utilizada para, ilustrar os objectivos dos cuidados; promover a resolução de problemas; prestar apoio e aconselhamento. (Neto, 2003)

Tal como se pode depreender do caso do Sr. M (Anexo 1), a realização de uma conferência familiar poderia ser útil. Ainda segundo a mesma autora, a existência de problemas familiares,

muitas das vezes necessita de uma intervenção profissional, problemas esses que podem decorrer da falta de informação acerca da evolução da doença, as dificuldades na comunicação intra-familiar e a dificuldade da tomada de decisões.

As situações mais evidentes em que se deve efectuar uma conferência familiar são:

- *Agravamento do quadro clínico;*
- *Proximidade da morte/entrada na agonia (...);*
- *Famílias muito demandantes e/ou agressivas;*
- *Famílias/doentes com necessidades especiais - é o caso de famílias com crianças, com lutos repetidos e próximos, dos doentes jovens;*
- *Existência de conflitos intra-familiares - se existem muitos familiares envolvidos nos cuidados e nem todos têm a mesma perspectiva sobre as decisões a tomar;*
- *Existência de conflitos entre a família e a equipa.*

*Neto (2003, p.72)*

## Luto

É mais importante acompanhar do que “tratar”, haver contenção emocional, e considerar que cada individuo/família são um ser único e que cada processo de luto acontece de forma diferente. (Barbosa, 2006)

O luto é algo natural e intrínseco à perda, constituindo-se como “*a maior crise pessoal que muitas pessoas têm jamais de enfrentar*” (Twycross, 2003, p.63), com múltiplas dimensões: físicas, intelectuais, sociais ou espirituais. O luto acontece quando há uma perda significativa, perda essa que inclui uma mudança na vida que leva a um estado de privação de alguém. No entanto, a preparação para a perda dessa pessoa pode e deve-se iniciar quando essa pessoa ainda se encontra em vida. Todos os familiares/cuidadores devem se preparar para enfrentar a separação com aquela pessoa que se estabelece um vínculo, neste processo de preparação deverão ser apoiados por uma equipa com formação específica e treino, no sentido da promoção da adaptação à perda. Quanto maior o vínculo existente mais difícil será o processo de luto, não querendo com isto dizer que se tornará num luto complicado ou patológico.

*“Dada a complexidade emocional do luto, a pessoa que sofre a perda deve ser apoiada, para não vir a suportar, mais tarde, consequências psicológicas graves. A entajuda e o aconselhamento são métodos que se complementam no sentido de fazer com que a pessoa e a família vivam um luto normal.”* (Rebelo, 2006, p.149)

A grande maioria das pessoas entende que os cuidados paliativos terminam quando ocorre a morte do doente. Mas como podemos verificar na Figura 1, o modelo corporativo com intervenção nas crises de Gomez-Batiste, verifica-se que a acção dos cuidados paliativos

continua mesmo depois da morte do doente, reduzindo a sua acção à medida que o luto vai decorrendo. Assim, o apoio no luto representa uma intervenção importantíssima em cuidados paliativos. Segundo a SECPAL (2011), essa intervenção dos profissionais de saúde começa quando é efectuado o diagnóstico de doença incurável e progressiva. Para Barbosa (2010) a partir desse momento um dos objectivos máximos, será o de facilitar o processo de adaptação à perda e prevenção de um luto complicado, em qualquer um dos momentos desse processo: no diagnóstico, na agonia ou após a morte.

A UAD do IPO, apresenta um protocolo de actuação de apoio no luto, esse apresenta como principais objectivos, 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 factores de risco, procedendo, sempre que necessário, a encaminhamento para profissionais especializados.

Neste protocolo, é definido de forma clara e simples, quais os procedimentos que se devem adoptar em cada momento, começando a preparação do processo de luto antes do falecimento do doente, e estendendo-se até 1 ano após o falecimento, num processo de luto considerado “normal”.

Na UAD do IPO, este protocolo é aplicado na sua plenitude, a preparação do processo de luto era iniciado logo na admissão do doente na unidade, em que se realizava uma caracterização da família, se avaliavam as necessidades e dificuldade do doente e família/cuidadores, iniciando-se o processo de identificação dos factores de preditores do risco de luto complicado, procedendo-se ao encaminhamento precoce para profissionais especializados (psicóloga e/ou psiquiatra) sempre que necessário. Favorecia-se a expressão de sentimentos e partilha de modo a promover um fortalecimento de laços afectivos, e tentava-se sempre promover um controlo adequado dos sintomas. Na situação em que o utente se encontrava em agonia, eram desenvolvidas algumas actividades específicas para esta fase, desde informar sobre a progressão da doença, bem como esclarecer os sinais e sintomas, facilitar a partilha de angústias e informar sobre a normalidade dos sentimentos experienciados, facilitar a vivência espiritual, orientar e promover a despedida e esclarecer sobre aspectos burocráticos e acima de tudo a equipa procurava demonstrar uma disponibilidade “infinita”.

Após o falecimento do doente, nas primeiras 24h, era verificado o óbito por parte da médica da equipa, prestavam-se cuidados ao corpo e demonstrava-se a solidariedade da equipa. Entre a primeira e a segunda semana era realizado um contacto telefónico com o objectivo de programar uma visita de luto, que segundo o protocolo apresentava os seguintes objectivos: *“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 objectivos futuros; reavaliar apoios socio-familiares; garantir disponibilidade; programar nova visita; encaminhar para profissionais*

*especializados, se necessário.*”. Nesta fase, tive a possibilidade de participar numa visita de luto, na UAD, e constatei que não existe qualquer discrepância entre o que foi escrito anteriormente, com a realidade. Além do mais, pude constatar a forma como a expressão facial da enlutada se transformou ao longo da visita, passando de uma expressão tensa e fechada, para uma expressão mais tranquila e relaxada numa fase final. É quase como se pudéssemos ter contribuído para aliviar um pouco o *nó do luto*, tendo esta frase a inspiração do livro de José Eduardo Rebelo, “*desatar o nó do luto*” (2007).

Posteriormente a esta visita de luto, e ainda segundo o protocolo do luto da UAD do IPO de Lisboa, ao fim de três meses, realiza-se novo contacto telefónico para reavaliar a evolução do processo de luto, e possível encaminhamento para profissionais especializados se necessário. Este procedimento é repetido aos seis meses e 12 meses após o falecimento do familiar. No final deste período, se o processo de luto se encontrar a decorrer dentro da normalidade encerra-se a relação terapêutica de acompanhamento.

## 2.4. Trabalho de equipa

Os cuidados paliativos determinam que estes só existem se resultarem de um trabalho em equipa multidisciplinar, com uma actividade desenvolvida de modo interdisciplinar. Uma estratégia apontada por Gomez Sancho (1999) para se entender o significado para cada elemento do trabalho em equipa, é necessário que cada um se sinta responsável pelos seus actos, sejam eles fracassos ou êxitos, que se repercutem nos êxitos ou fracassos da equipa. No PNCP (2004) estão previstas diferentes níveis de tipologias e graus de diferenciação das unidades de cuidados paliativos, tal como já tive oportunidade de referir, mas quaisquer que sejam os níveis ou graus de diferenciação, a actividade deve assentar sempre em trabalho em equipa.

Bernardo et al (2010) aponta no trabalho em equipa apresenta uma série de vantagens: o apoio mútuo, com o objectivo de ultrapassar as dificuldades individuais; o sentimento de que o meu trabalho é reconhecido, através dos diferentes elementos da equipa; é importante na manutenção da continuidade, diferenciação e unidade dos cuidados; é facilitador na 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.

Durante o meu curso base de enfermagem a formação que obtive nesta área foi muito pequena, falaram-me de cuidados paliativos num pequeno momento de uma aula de fundamentos de enfermagem, confesso que na altura fiquei com a ideia de que cuidados paliativos eram uma área bastante “obscura da medicina”, lidava só com doenças incuráveis e essencialmente a morte. É aqui que se encontra o grande dilema do meu curso base de enfermagem falei sobre a morte e o morrer, mas visto na perspectiva de quando falhava a cura, como sendo algo muito técnica e instrumentalizado, falei essencialmente sobre os cuidados ao corpo pós-morte. Bruera (2002, p.325) demonstra que “(...) *the urgent need for including*

*palliative care as part of the curriculum of studies in faculties of medicine, nursing, pharmacy, and other health care professions.*” Segundo o contexto do nosso país, Sapeta (2011), aponta que apenas nos últimos anos começou a decorrer um interesse na filosofia dos cuidados paliativos, e que ao nível da formação avançada a procura tem sido elevada, significando que os enfermeiros têm o maior interesse nestas temáticas e buscam estratégias para superar as suas dificuldades. No entanto, têm encontrado obstáculos, porque esta filosofia ainda não se encontra implementada na formação pré-graduada, e em muitos hospitais distritais e centrais.

A formação interna constitui também um elemento fundamental na melhoria da prática assistencial, à semelhança do que acontece na UAD do IPO e na UCCP do HLUZ, Bernardo et al (2010) refere que as reuniões de serviço, que no HLUZ acontece uma vez por semana com toda a equipa, e que no IPO acontece diariamente; a formação em serviço, que no HLUZ existe uma planificação anual de formação baseada numa análise diagnóstica das necessidades formativas da equipa; são uma excelente forma de aprendizagem. Existem, ainda, outros elementos que contribuem para uma melhoria da qualidade de cuidados, no HLUZ, verificou-se durante o meu período de estágio, que a equipa organizou um Simpósio no auditório daquele hospital com o objectivo de divulgar/aprofundar a temática da Comunicação em Cuidados Paliativos. Já no IPO, verifica-se uma prática importantíssima, o *clube de revistas*, que com uma periodicidade, pelo menos, mensal se faz a apresentação/discussão de um artigo científico de forma formal ou informal. Neste último aspecto, tentei contribuir, para o enriquecimento deste *clube*, com a discussão na equipa de algumas temáticas, nomeadamente, a terapia da dignidade, que é uma prática comum da equipa de enfermagem, com o artigo: “*Dignity Conserving Care and Dignity Therapy*” da autoria de Peter Huggard de 2008. Um outro artigo discutido entre a equipa foi sobre o peso que os cuidadores informais sentem em tratar de um familiar que se apresenta com uma doença avançada, incurável e progressiva, o artigo foi o seguinte: “*Burden to Others and the Terminally Ill*” da autoria de Chochinov et al de 2007.

A equipa apresenta também um papel importantíssimo na tomada de decisões, como refere Neto (2010, p.20) “*O objectivo dos cuidados paliativos será prevenir sintomas indesejáveis, tratá-los adequadamente, diminuindo o sofrimento do doente e não o aumentando, no respeito inquestionável pela vida humana. Este pressuposto deve estar sempre presente no complexo processo de tomada de decisão clínica nos doentes em fim de vida.*”

À luz dos cuidados paliativos, nos doentes com uma doença incurável, progressiva e avançada, e face à inevitabilidade da morte, determinadas medidas terapêuticas poderiam relevar-se como possuindo mais aspectos negativos do que propriamente vantagens. Algumas medidas tomadas com o intuito de prolongar a vida do doente, mas não o alívio do seu sofrimento devem ser evitadas, os princípios da beneficência e da não-maleficência. Estes princípios assumem uma especial relevância.

O princípio da autonomia está na base do consentimento informado, que, no entanto é bem mais do que uma obtenção de autorização. Este deve ser visto como um diálogo e uma

partilha de conhecimentos e poder, entre o médico e doente. O direito de um doente recusar um tratamento, não constitui um direito absoluto, tal como refere Walker (1999) citado por Neto (2010). Podendo mesmo relacionar quatro princípios com esse direito, são eles, a prevenção de suicídio, a preservação da vida, a protecção de terceiros e a preservação da integridade ética do exercício da medicina.

Ainda a considerar, o quarto princípio ético, o da justiça. Este encontra-se bastante ligado à alocação e utilização de serviços de saúde, bem como ao direito de o doente receber os cuidados adequados às suas reais necessidades. As questões dos custos não deverão, no entanto, servir como instrumento de pressão e ser o único determinante na tomada de decisão. No entanto, ainda nem todas as pessoas podem ter acesso aos cuidados paliativos, se analisarmos geograficamente as unidades de cuidados paliativos existentes em Portugal, constatamos facilmente que não se encontram distribuídas de forma equitativa, e muito abaixo das reais necessidades (Capelas, 2009).

Tomando como exemplo o caso do Sr. M (anexo 1), a tomada de decisão de colocação de ventilação invasiva num doente com uma doença neurodegenerativa como a Esclerose Lateral Amiotrófica, que à medida que a doença progride provoca diversas perdas, tais como, perda das habilidades de locomoção, fala, deglutição e da capacidade respiratória porque os músculos associados à respiração são afectados, poderá levantar diversas questões éticas, muitas das que foram mencionadas anteriormente, com principal destaque dos princípios da beneficência e da não-maleficência. Poderá se levantar também uma outra questão, a da obstinação terapêutica, porque, tal como refere Neto (2010) e o PNCP (2004), esta acontece quando se prolonga a vida de um doente de forma inadequada e que não *encaixa* de todo nos princípios dos cuidados paliativos. Para finalizar, como diz Twcross (2003, p.26), *“o médico não tem o direito e o dever de prescrever uma morte prolongada”*.

Numa fase mais avançada, verificou-se no Sr. M que existia um grande descontrolo de outros sintomas, pelo que foi transferido para a UCCP do HLUZ. Apesar de todos os esforços da equipa da UCCP do HULZ, e com o controlo da maioria dos sintomas físicos, houve uma dificuldade, que se manteve sempre difícil de tratar, o sofrimento existencial.

Ainda assim, todos nós estamos susceptíveis cometer erros, mas à semelhança do que refere Bruera (2009), poderemos usar esses erros em nosso favor, *“Although mistakes or unsatisfactory outcomes often provide the best stimuli for learning, such events need to be handled sensitively and appropriately. Much learning can be effectively undertaken by reflecting on ordinary situations as they arise, thereby building on good practice. This can be particularly important for the learner who lacks confidence. When mistakes have occurred the learner should be encouraged to reflect on what they would do differently next time, rather than on what they did wrong.”* (p.137)

## 2.4. Controlo sintomático

O objectivo central dos cuidados paliativos é a redução do sofrimento dos doentes e família, e a promoção da máxima qualidade possível. Os cuidados paliativos como forma de alívio deste sofrimento devem ser iniciados tão precocemente quanto possível após o diagnóstico da doença. 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).

Bruera (2006) afirma que existe três aspectos fundamentais para que o controlo sintomático seja bem sucedido, reavaliar, reavaliar e reavaliar. Como refere Neto (2010), toda a equipa tem de se encontrar empenhada em discutir e assumir os objectivos terapêuticos, principalmente nos sintomas preditores de maior sofrimento para o doente. Alguns sintomas que causam sofrimento nos doentes são: dispneia, soluços, tosse, obstipação, náuseas e vômitos, dor e obstipação.

O Sr. F, doente acompanhado pela UAD do IPO, apresentava diversas lesões herpéticas, provocadas por vírus zóster, que se encontra descrito como causador de dor neuropática intensa (Pimenta e Ferreira, 2006). Uma primeira abordagem tomada pela equipa, o utente apresentava uma dor moderada, tipo queimadura, de intensidade moderada, com episódios de dor intensa. Indo de encontro, às recomendações da escada analgésica da OMS, foi prescrita, a medicação Zaldiar® (Paracetamol+Tramadol). No dia seguinte verificamos que as dores agravaram, pareceu-me importante demonstrar, a minha opinião perante a equipa, e discutir quais as melhores abordagens terapêuticas, sugeri que, dada a natureza neuropática da dor, que a adição de uma medicação adjuvante poderia melhorar a dor, assim, foi ponderada, a introdução de um antidepressivo tricíclico (por exemplo a Amitriptilina) ou um antipiléptico (Gabapentina). As recomendações da EAPC (2012), demonstram uma elevada evidência científica na utilização destes fármacos mencionados. A médica da equipa disse-me que, talvez pudéssemos ter os mesmos ganhos com a Gabapentina e menores efeitos adversos. No dia seguinte, verificamos que, a dor diminuiu, e se encontrava agora mais controlada. Este foi um claro exemplo do enorme profissionalismo, e espírito de equipa da médica da UAD. Apesar de apresentar um enorme treino no manuseio de medicação opióide e no controlo da dor, prestou toda atenção à minha opinião, tomou-a em conta, e tomou a sua decisão.

Existe um impressionante leque de opióides disponíveis na UAD do IPO, e ainda mais impressionante o à vontade que se verifica na equipa, com o seu manuseio. Tal como refere Pereira (2010, p.106) *“A mudança de opióide requer familiaridade com o uso de tabelas de conversão, muitas vezes referidas como tabelas de doses equianalgésicas.”*, assim este à

vontade que referia não é empírico, exige treino e formação, por isso, a equipa apoia-se nas recomendações da EAPC para o uso de opióides. A literatura diz-nos que existe um reconhecimento crescente da necessidade de acesso a uma vasta variedade de opióides, de vias de administração e de formulações disponíveis para se poder obter um adequado controlo da dor oncológica. Tal como é de supor, todos os utentes atendidos pela UAD do IPO, apresentam uma doença oncológica, que muitas das vezes está associada a dor oncológica. Existe uma grande variedade de respostas nos utentes aos opióides, essas diferenças podem ser explicadas com base em determinações genéticas e propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas adquiridas. (Pereira, 2010)

Uma boa forma de demonstrar esta rotação é através da análise da situação da Sra.M (anexo 3). A utente por apresentar metástases hepáticas, que lhe provoca compressão da cápsula hepática, apresentava uma dor tipo facada, tal como era referido pela Sra. M, e apoiada por Pimparel e Marques (1998) que referem que, é frequente acontecer este tipo de caracterização da dor do tipo visceral. Essa dor é exacerbada pela mobilização e movimentos bruscos do diafragma, como por exemplo a tosse, podendo considerar um tipo de dor irruptiva (Pereira, 2010). Esta é definida como um aumento transitório da dor num doente oncológico que e apresenta estavelmente controlado com opióides. Determinadas situações como, a tosse ou a pressão, podem desencadear bruscamente dor (Caseiro, 2002). Nesta situação apesar de a utente efectuar fentanil transdérmico, estava mal controlada, as recomendações da EAPC (2012) apontam que se deve associar uma dose de resgate de um opióide de libertação imediata. Essa acabou por ser uma das estratégias utilizadas pela médica da UAD do IPO. Ainda segundo as recomendações da EAPC (2012), é importante a utilização de medidas que previnam a obstipação, neste caso foi-lhe prescrito a lactulose.

No entanto, ao fim de três dias a utente, continuava obstipada. Algumas medidas não farmacológicas poderiam ter sido referidas, nas primeiras abordagens, mas devido ao elevado número de informação que se pretende transmitir, nem sempre é fácil. Poderíamos ter tentado incentivar a algumas medidas dietéticas, como uma dieta rica em fibras e uma hidratação adequada, e algumas manobras mecânicas, como a estimulação da deambulação, o acesso à casa de banho e tentar assegurar a privacidade. As medidas adoptadas neste terceiro dia, foi a associação de um outro laxante, mantendo na mesma o laxante osmótico (lactulose), e introduzindo um laxante de contacto (Bisacodilo). (Pacheco et al, 2010)

No dia seguinte, a doente estava, com um fácis mais aliviado porque já havia conseguido evacuar. Assim, as medidas adoptadas foram efectivas. No entanto, como forma de prevenção, de um outro episódio de obstipação, optou-se por manter os 2 tipos de laxantes, e de aumentar inclusive o laxante osmótico.

Analisando agora em mais pormenor a situação do Sr. R (anexo 2), que apresentava uma série sintomas descontrolados, desde a dispneia, à tosse e às náuseas e vómitos, sendo esse um dos motivos do internamento na UCCP do HLUZ.

A dispneia é uma sensação subjectiva de falta de ar e dificuldade respiratória. Este é um sintoma que causa um particular sentimento de angústia, e que habitualmente causa um enorme sofrimento no utente e família. A gravidade deste sintoma depende em grande medida da sua etiologia (Azevedo, 2010). No caso do Sr. R, a causa da dispneia está relacionada com a degradação pulmonar provocada pela neoplasia, e as metástases mediatínicas que apresentava. Como refere a mesma autora, existem algumas medidas farmacológicas que se revelam eficazes na maioria das situações, e que no caso do Sr. R, verificaram-se eficazes. À semelhança do que é descrito na literatura, a utilização de corticóides, de broncodilatadores e de opióides revelam grande utilidade no controlo deste sintoma. O sr. R, a juntar a estas medidas farmacológicas, encontrava-se a cumprir um plano de sessões de radioterapia. Vários opióides têm sido estudados para se utilizar num quadro de dispneia como este, no entanto, o opióide de eleição é a morfina. A morfina acabou por ser o opióide prescrito, numa dose de 10 mg diário, sob a forma de administração de gotas (Oramorph®). Verificou-se que ao fim de 3 dias de internamento e da utilização destas medidas, o utente já era capaz de efectuar pequenas caminhadas nos compridos corredores da UCCP do HULUZ, sem revelar uma situação de falta de ar.

Com a adopção das medidas atrás descritas, verificou-se que se conseguiu actuar, nos factores que estariam na origem da tosse e das náuseas e vómitos. À semelhança do que refere Azevedo (2010), a morfina acaba por ter uma acção importante no controlo da Tosse.

Ao longo do internamento do Sr. R, e com os sintomas atrás descritos controlados, verificou-se o descontrolo de um outro sintoma, os soluços. Estes ao longo do tempo foram se agravando, quer em intensidade, quer em frequência. Dada a doença de base do Sr. R, foi possível prever qual a origem dos soluços, neste caso, por compressão da parede diafragmática. Numa fase inicial, após discussão entre o enfermeiro responsável pelo utente e a médica, foi-lhe prescrito domperidona 30 minutos antes das refeições, para assim haver um mais rápido esvaziamento gástrico, e conseqüente redução da distensão gástrica. Foi também providenciado o apoio da dietista, para complementar com medidas não farmacológicas. Durante um dia, foi verificada uma melhoria substancial no quadro de soluços, houve uma drástica redução da intensidade e duração dos soluços. O que acabou por revelar uma crescente melhoria da qualidade de vida do Sr. R

Nesta ocasião o Sr. R, perguntou-me se os soluços estavam curados, eu utilizando as estratégias comunicacionais descritas no Protocolo de Buckmam, mantive uma esperança realista, disse-lhe serenamente, *“Oxalá que sim Sr. R, mas se isso não acontecer, nós estaremos aqui para o ajudar” (SIC).*

Infelizmente, no dia seguinte, o quadro de soluços agravou-se, foi então discutido com a médica, e nessa ocasião tive a iniciativa de sugerir humildemente, a utilização de um antagonista dopaminérgico, porque como refere Leal e Carvalho (2010), o bloqueio dopaminérgico poderia ser útil. A utilização de metoclopramida, apesar de também ser um medicamento procinético como a domperidona, mas passa a barreira hematoencefálica, actuando assim num

centro diferente. A sugestão foi bem aceite pela médica e enfermeiro, acrescentando no entanto a médica, que em forma de prevenção ficaria em SOS a utilização de Haloperidol SC.

Analisando agora a situação do Sr. M (anexo 1), verificava-se que existia um grande descontrolo de outros sintomas, pelo que foi transferido da unidade de cuidados intensivos para a UCCP do HLUZ. Apesar de todos os esforços da equipa da UCCP do HULZ, e com o controlo da maioria dos sintomas físicos, houve uma dificuldade, que se manteve sempre difícil de tratar, o sofrimento existencial. Pelo que acabou por ser utilizada a sedação paliativa. Esta, segundo a EAPC (2009), é o uso controlado de medicamentos com o objectivo diminuir ou suprimir a consciência para aliviar o sofrimento associado a sintomas refractários de uma forma eticamente aceitável para o doente, família e profissionais de saúde.

Por vezes, em cuidados paliativos, existem situações em que é difícil controlar um doente sintomaticamente sem lhe baixar os níveis de consciência. A EAPC (2009) apresenta algumas linhas orientadoras com vista ao auxílio na tomada de decisão de uma sedação paliativa. Deve-se discutir antecipadamente com o doente o uso potencial da sedação paliativa e as vontades antecipadas de vida, devendo ficar um registo das conclusões em lugar visível do processo clínico. Deve-se falar ainda, das situações em que a sedação paliativa pode ser considerada.

A adopção desta medida, penso que, em grande medida terá contribuído para um alívio do sofrimento do sr. M e sua família. Digo penso, porque dada a complexidade da situação e ter acompanhado o caso já numa fase em que o utente se encontrava com sedação paliativa, não me permitiu ter um acompanhamento global da situação. Mas como refere, Barbosa (2010, p. 741) *“a este propósito deverá ser referido o princípio do duplo efeito (...) que S. Tomás de Aquino (1225-1274) quando, nas suas reflexões sobre o bem e o mal, identificou certas condições que, se presentes, poderiam legitimar, ou provocar, ou permitir, o mal quando se tem uma intenção de atingir o bem.”*.

### 3. Projecto de Intervenção

#### 3.1. Identificar a área problema

O que se constata nos Cuidados de Saúde Primários é que, muitas vezes, a dor fica esquecido ou se é avaliado não é registada essa avaliação ou apenas se avalia a sua intensidade. Realidade que constatei no meu local de trabalho com a autorização favorável da Enfermeira Chefe do Centro de Saúde do Cadaval, nomeadamente, nos cuidados continuados (Apoio domiciliário), no qual o registo efectuado da dor é insuficiente e redutor, uma vez que só contem a informação da presença da dor. De seguida apresento um quadro de análise dos registos de enfermagem, colhida na semana de 21 a 27 de Maio do presente ano. A escolha desta semana foi aleatória, mas o facto de escolher uma semana completa não. O motivo que me levou a optar pela recolha de dados relativos à avaliação da dor numa semana, tem a ver com as dinâmicas do serviço, normalmente é efectuado um plano semanal de visitas domiciliárias a realizar nessa semana. Os outros motivos prendem-se em grande medida pelo aumento do número de utentes e famílias atendidas, aumentando a probabilidade de admissões, altas e de mais diagnósticos em geral.

Na semana atrás referida foram realizadas 61 visitas domiciliárias, distribuídas por 8 enfermeiros em 5 dias da semana, e número total de doentes acompanhados foram perto de 34. Os motivos de visita domiciliária prendem-se essencialmente pelo estado de dependência e/ou apresentarem úlceras por pressão. O elevado número de visitas domiciliárias, tal como se pode constatar, e o baixo número de horas disponíveis de enfermagem, não contribui para uma boa qualidade assistencial. As dificuldades com que os enfermeiros se deparam todos os dias são imensas, mas a principal, no meu ver, neste contexto, prende-se com o elevado número de visitas domiciliárias por utente, chegando mesmo a ser perto de 10 numa só manhã, este número pode não parecer muito elevado, mas alguns utentes distam de 20 km um do outro. Tal como diz Twycross (2003), antes de começarmos a cuidar de um utente devemos nos perguntar se eu consigo ter o tempo necessário para conversar com o utente sem interrupções.

Um outro factor que necessitava de ser melhorado prende-se com a equipa multidisciplinar, as visitas domiciliárias conjuntas com o médico são raras ou mesmo nulas, as horas que o médico da equipa de cuidados continuados tem é de 2 horas por semana.

Em relação, à avaliação e/ou valorização da dor é elevada entre os profissionais de saúde, eu diria que, por dados empíricos da equipa de enfermagem que mais de metade dos profissionais pergunta se os utentes têm dor, e muitas das vezes até auxiliam em medidas para alívio das mesmas. No entanto, como se costuma dizer em enfermagem só considerado trabalho efectuado aquele que é registado, assim foi realizada uma análise dos registos de enfermagem, onde se podem salientar os seguintes resultados: houve apenas dois registos que faziam

referência à dor, um deles foi avaliada a intensidade da dor, classificado dor 1 em 5 (utilizando a escala das faces), e nada mais referindo sobre essa mesma dor. O outro registo, era o seguinte “*utente com queixas de dor com a colocação de um penso de inadine®*, não havendo mais nenhuma referência a esse problema.

### 3.2. Justificação do Tema

A maioria dos doentes crónicos com situações evolutivas pode e deve ser atendida por equipas de cuidados de saúde primários. O ministério da saúde reforça a ideia que os cuidados de saúde primários devem intervir junto dos grupos populacionais e/ou ambientes específicos, com o intuito de promoção e protecção de saúde das populações quer à pessoa dependente e família, no domicílio, para prevenção, resolução ou palição de problemas concretos (Ministério da Saúde, 2007).

A OMS ressalta a necessidade de os doentes crónicos não serem discriminados por se encontrarem no domicílio. De facto, uma vez que a vontade dos indivíduos ser maioritariamente a de virem a falecer em casa, este deve ser o local mais privilegiado para a prestação dos cuidados aos doentes crónicos, nomeadamente quando dependentes e/ou em fase avançada de doenças graves e incuráveis (Doyle, 2004).

Na estratégia para o desenvolvimento do programa Nacional de Cuidados paliativos, da unidade de missão para os Cuidados Continuados Integrados do Ministério da Saúde (2010) é defendido que para se poder efectuar um correcto seguimento dos doentes atrás referidos, os cuidados de saúde primários necessitam de implementar estratégias de intervenção comunitária. Cada Centro de Saúde deve incorporar na sua estrutura organizacional uma Unidade de Cuidados na Comunidade, cujo âmbito de actuação é a intervenção a grupos na comunidade, onde se integram as Equipas de Cuidados Continuados Integrados e as Equipas Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

Estas equipas são constituídas por profissionais do centro de saúde, nomeadamente enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e da fala, psicólogos, entre outros, e da área social. Estes pretendem responder às necessidades dos doentes e/ou dependentes e suas famílias, devendo constituir uma alternativa eficaz ao recurso sistemático destes aos serviços de urgência e internamentos hospitalares. Segundo a APCP, as dificuldades observam-se ao nível burocrático e na carência de formação específica dos vários elementos que constituem as equipas de cuidados paliativos.

A IASP (2006) define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor é uma sensação variável que não conseguimos controlar, tratando-se dum sintoma de carácter

subjectivo (Serrano-Atero et al, 2002). Assim, a melhor definição a ser considerada, e de uma forma simples, “*Dor é aquilo a que o paciente chama sofrimento*” (Twycross, 2003, p. 83)

A opção sobre a principal área temática a aprofundar durante a prática clínica recai na problemática do controlo de sintomas - Dor. “*A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde*” (DGS, 2003).

Para Pereira (2010), a dor apresenta-se como uma complicação frequente e com elevado impacto na vida dos doentes com cancro. O inadequado tratamento da dor, nomeadamente o tratamento da dor oncológica permanece um problema. O primeiro passo para a resolução desta situação parece ser o seu reconhecimento de forma a poder tornar-se prioridade. Mas para tratar algo é preciso, em primeira instância, valorizar e considerá-lo digno de ser tratado. Por tudo isto, pela pertinência e complexidade deste sintoma, em Junho de 2003, por imposição da Direcção Geral da Saúde, por circular normativa, a dor passa a ser encarada como “*o 5º sinal vital*”. (DGS, 2003). A Ordem dos Enfermeiros (2008) também reitera a avaliação da dor como essencial para o seu alívio e controlo, recomendando várias linhas orientadoras para a sua avaliação, como o facto de a pessoa ser sempre a melhor avaliadora da sua dor, devendo-se dar espaço ao auto-relato, avaliar a dor regularmente, tendo por base uma história de dor do doente em que se incluam exame físico; características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência); formas de expressar/comunicar a dor; factores de alívio e de agravamento; estratégias de *coping*; implicações da dor no quotidiano; percepção da doença e da dor; impacto socioeconómico, espiritual e emocional; sintomas associados; medidas terapêuticas efectuadas e respectivos efeitos.

Por tudo isto, a existência de um plano onde constem todas as avaliações, as intervenções já realizadas e quais as estratégias delineadas para o futuro, é fundamental para que tudo possa decorrer de um modo sistemático, organizado, pois só assim se consegue otimizar a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família, assegurar a continuidade de cuidados, salvaguardando legalmente os profissionais, promovendo a realização de investigação, a implementação de processos de melhoria contínua e a avaliação do processo de cuidados (Watson et al, 2010).

Os objectivos deste projecto de intervenção são:

- Divulgar e sensibilizar para os princípios e a filosofia Cuidados Paliativos (CP) e a sua importância na prática clínica;
- Sensibilizar todos os profissionais de saúde que compõe a equipa multidisciplinar, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, da importância da avaliação, monitorização, registo e alívio da dor;
- Melhorar a avaliação e os registos da dor no Processo do doente, recorrendo a instrumentos que permitam a avaliação sistemática e uniforme da dor;

- Implementar medidas não farmacológicas que promovam o alívio da dor, encaminhar para o clínico assistente sempre que o utente identifique dor que implique intervenção farmacológica;
- Avaliar e registar os resultados das intervenções não farmacológicas e farmacológicas;
- Promover espaços de debate e de formação sobre o tema “Dor”, sua avaliação, monitorização e registos,
- Capacitar os Profissionais de enfermagem para a implementação de medidas não farmacológicas para o alívio/controlo da dor;
- Monitorizar as intervenções propostas e seus resultados, analisando e discutindo com a equipa aspectos a melhorar.
- Elaborar posters/cartazes informativos e de fácil consulta para colocação no Serviço e criação do Protocolo de Avaliação e monitorização da Dor.
- Realização de *workshop* em cuidados paliativos, com especial ênfase para a temática de controlo de sintomas - dor.

### 3.3. Planos estratégico-pedagógicos

#### 3.3.1. Planeamento/Execução

O planeamento efectuado foi com base no diagnóstico problema, que a partir desse ponto, definiram-se quais os objectivos do projecto de intervenção. Para que se conseguisse alcançar estes objectivos foi necessário planear correctamente a forma como gostaria de divulgar os princípios dos cuidados paliativos e a importância dos mesmos para a prática clínica, pensando sempre na forma como gostaria de dar ênfase à dor. Com a autorização da enfermeira chefe do Centro de Saúde, afixaria cartazes alusivos à temática dos cuidados paliativos e Dor e a divulgação da formação em serviço, com data a combinar, com o serviço. Procurei também reunir o máximo de informação bibliográfica sobre os cuidados paliativos e a dor, e deixá-la na sala de enfermagem, para que todos pudessem consultar.

Foram ainda planeadas quais as acções a desenvolver, a curto, médio e longo prazo.

**A curto prazo:** divulgar e sensibilizar os profissionais através da realização de uma formação em serviço (plano de sessão - anexo 3); Sensibilizar de forma informal todos os colegas para a importância da dor, a sua avaliação, registo e alívio; melhorar os instrumentos de registo de dor nos processos individuais do utente; criação de um dossiê com compilação de conteúdos bibliográficos sobre esta temática; Recolha do tipo de registos que se estavam a efectuar sobre a dor.

**Médio Prazo:** promover espaço de debate e partilha de informação; nova recolha de registos de dor; capacitar os profissionais para a implementação de medidas não-farmacológicas.

**Longo Prazo:** avaliar a implementação do protocolo recorrendo à análise de registos

### 3.3.2. Avaliação

A sessão formativa decorreu no dia 11 de Junho de 2012 das 16h às 18h, nas instalações da UCC - sala de reuniões.

Foi realizada uma reestruturação no processo de enfermagem dos utentes dos cuidados continuados, onde se criou um espaço de registo exclusivo da dor. Onde constavam os seguintes elementos: avaliação da dor e qual o tipo de escala utilizada, localização da dor, características da dor, duração e os factores de alívio e/ou exacerbação da dor. Foram realizadas abordagens individualizadas ou em grupos pequenos de uma forma informal, onde procurei falar sobre a importância da dor, e registo de dor e onde procurei incentivar à participação na formação em serviço.

Devido à dificuldade de recursos humanos no centro de saúde, e a elevada carga horária, só foi possível efectuar a formação em serviço no dia 11 de Junho de 2012 das 16h às 18h, nas instalações da Unidade de Cuidados na Comunidade - sala de reuniões. Foi divulgada a data e hora da sessão cerca de 2 semanas antes. Estavam inscritos 13 enfermeiros e 1 assistente social. Procurei a todo o custo persuadir à algum elemento da classe médico estar presente, mas tal não foi possível.

Assim, na sessão estiveram presentes 12 enfermeiros, pelo que faltou 1 enfermeiro por razões pessoais, e a assistente social por razões laborais. A formação no geral superou a expectativas de todos os elementos presentes. Passo a explicar o motivo desta afirmação, perto da hora de início da sessão, já estando na sala de formação preparado para começar, fui abordado por diversos colegas para que tentasse despachar a sessão, porque senão teriam de sair antes de terminar. Houve outros que me disseram que tinham mesmo de se ausentar antes do terminus da sessão.

Com tudo isto, os meus níveis de nervosismo e ansiedade começaram a subir, de modo que, na fase inicial da sessão foi notório o meu nervosismo. No entanto, o mesmo foi diminuindo à medida que os formandos foram ficando interessados no tema. Penso até, que lhes prendi a atenção desde o primeiro momento. Ficou demonstrado o interesse pela temática, através da partilha de experiências profissionais e pessoais. Foi possível identificar o impacto que algumas das temáticas tiveram, nomeadamente, a comunicação e escada da dor. Mas dado o planeamento da sessão, não foi possível aprofundar estas temáticas. Voltando ao que disse inicialmente acerca das expectativas superadas, ninguém saiu antes do tempo, e todos demonstraram-se participativos e interessados.

A criação de um dossiê com a informação bibliográfica foi muito bem recebida. Nesse dossiê inclui, entre vários artigos, o plano nacional de dor e o plano nacional de cuidados paliativos, alguns documentos da SECPAL e outros da EAPC.

Foi possível constatar que apesar de não ter estado presente nenhuma outra classe profissional, senti que a divulgação dos cartazes fez com que profissionais de outras classes me viessem perguntar como correu a sessão, e quais as temáticas abordadas.

Neste momento, sinto que dentro da equipa sou um elemento de referência nestas temáticas e que inclusive me abordaram a perguntar quando era a próxima sessão. Assim, comprometi-me a realizar uma nova sessão sobre a comunicação com ênfase no Protocolo de Buckman. Esta actividade ficou enquadrada nas actividades a desenvolver a curto prazo, ou seja, no curso dos próximos três meses

### 3.3. Aprofundamento do tema

A dor ainda que intimamente ligada à génese do homem, tem sido muitas vezes desvalorizada em prol de outras. Para Pereira (2010), cerca de 30% dos doentes com cancro têm dor no momento do diagnóstico e entre 65% a 85% dos doente com cancro avançado irão ter dor. Como refere Bruera (2006, p.367), *“The consequences of undertreatment of pain are daunting...”*, traduzem um elevado impacto na vida dos doentes.

A CIPE® (ICN, 2010, p.50) apresenta a seguinte definição de dor, *“Aumento da sensação desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tonus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite.”*

#### Dor Total

A dor é uma experiência física e emocional. Para Pereira (2010), a dor não controlada e outros sintomas causam ansiedade e depressão, o que muitas das vezes, agrava a experiência da dor, pela diminuição do limiar da dor. Não é possível tratar da dor sem considerar outros aspectos, ou outras dimensões, como refere Twcross (2003), que devido à natureza Multidimensional da dor, que inclui quatro dimensões (quadro 1), Física, Social, Psicológica e espiritual, é útil pensar em termos de *Dor Total*. Serrão (2005) *“A dor total é uma combinação de elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais que actuam sobre a pessoa na sua totalidade; direi que na “dor total” há o estímulo das vias sensitivas, há a tempestade emocional e a leitura afectiva desta tempestade, que traduz, para o eu auto-consciente, o estímulo neuronal como sofrimento, há a perturbação social do corte com as ligações familiares, profissionais, lúdicas, amorosas e outras e há, finalmente, uma necessidade espiritual de segurança, de sentido, de auto-confiança. Tudo isto é a dor total.”*

Figura 2 - As quatro dimensões da dor (adaptado de Twcross, 2003, p. 84)



### Avaliação e Registo de Dor

*“All persons with pain deserve prompt recognition and treatment. Pain should be routinely monitored, assessed, reassessed, and documented clearly to facilitate treatment and communication among health care clinicians.”* (Gordan et al 2005 citado em Herr et al, 2006, p.45)

Ao longo de todo o processo de diagnóstico de Dor, para além das características específicas, como a origem, localização e manifestações, podem e devem-se valorizar outros aspectos, tais como, a qualidade da dor, a intensidade, factores desencadeadores e de alívio e sintomas relacionados.

Devido ao cariz subjectivo da dor, esta pode ser difícil de qualificar ou quantificar de modo satisfatório. Para proceder a tal avaliação, existem diversas estratégias, como a entrevista, observação de comportamento, auto-relato, etc. A utilização sistemática de escalas tem sido entendida como uma mais-valia para avaliação da dor. Desenvolveram-se diversos instrumentos de auto-avaliação, a utilizar sempre que possível, e instrumentos de hetero-avaliação, a utilizar apenas em situações específicas. As primeiras correspondem às escalas unidimensionais e as segundas às escalas multidimensionais de avaliação da dor. As unidimensionais, como o próprio nome indica, têm em atenção apenas uma dimensão, a intensidade. As multidimensionais, avaliam diversas dimensões, as componentes sensoriais da dor, como a localização, duração e tipo, mas também as componentes emocionais/afectivas (tensão, medo) e congntivo-avaliativas (intensidade). (Berry at al, 2006)

Os instrumentos de heteroavaliação são as escalas comportamentais, como as diversas escalas deste tipo usadas na população pediátrica desde o nascimento até à fase pré-escolar, que integram parâmetros fisiológicos e comportamentais na avaliação da dor, ou a *Escala*

*Doloplus*, usada na avaliação da dor na população idosa com problemas de comunicação verbal, actualmente validada no nosso país. Uma outra escala de heteroavaliação que pode ser utilizada em doentes com alterações da consciência ou com défices cognitivos é a *Escala do Observador*, é uma escala gradativa, que qualifica a dor do doente por categorias, desde *parece sem Dor* ao *Parece sofrer dor inconsolável*. (Herr, 2006)

A escolha de um instrumento para medir a dor, deve ser antes de mais, fácil de aplicar, e deve adequar-se à capacidade de compreensão do doente e ao contexto de dor que lhe está associado. Existem disponíveis para o efeito várias escalas. Contudo, segundo a DGS (2003), as escalas de auto-avaliação que parecem uniformizar da melhor forma as diferentes necessidades correspondentes aos diferentes contextos são a Escala Visual analógica (EVA) e a Escala Numérica Verbal ou Visual.

A EVA é um instrumento sólido, sensível e reproduzível, sendo útil para reavaliar a dor no mesmo indivíduo em diferentes ocasiões. Pode ser apresentada sob forma escrita ou em régua, na vertical ou horizontal. Sendo que, o doente coloca o cursor da régua no ponto que corresponde à sua dor. No reverso da régua o enfermeiro lê o valor correspondente à posição do cursor, em intervalo milimétrico de 0 a 10. A Escala Numérica também compreende uma graduação de 0 a 10, sendo possível perguntar ao utente que nível de dor se situa (Escala Verbal), ou mostrar-lhe a escala impressa para que ele assinale a intensidade da sua dor com uma marca (Escala Visual). A utilização da Escala das faces, deve ser utilizada apenas em doentes com alterações cognitivas ou perturbações da comunicação verbal, e se considerado viável para o seu nível de alteração. A escala consiste em seis faces desenhadas, desde a expressão de felicidade à expressão de máxima tristeza com choro. Solicita-se ao doente que escolha a face que melhor se adapta à sua dor, estando um número de 0 a 5 atribuído a cada uma delas.

Caso a escala das faces se demonstrar inviável nestes doentes, pode recorrer-se a uma escala de heteroavaliação como por exemplo a *Escala do Observador*.

Ribeiro e Cardoso (2007) referem que, existem dimensões da dor que, com ou sem aqueles instrumentos, devem ser sistematicamente avaliados na pessoa com dor, a localização, a intensidade e a qualidade da dor.

A localização pode ser determinada pelo próprio, tanto pela descrição verbal como pela delimitação da área, com o objectivo de determinar a extensão e a irradiação da dor.

A intensidade pode ser obtida pelo relato individual, com os instrumentos, referidos anteriormente, por exemplo, a Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Verbal Simples e a Escala das Faces.

A qualidade da dor constitui um aspecto igualmente relevante para a caracterização da dor. Como referem Ribeiro e Cardoso (2008), os gestos e as palavras do doente podem constituir

elementos fundamentais no processo de caracterização da dor. Caracterizar a dor como moimha, picada, espasmo, guinada, latejo, ou com outro tipo de palavras ajuda nesta avaliação. Ainda segundo os mesmos autores, é fundamental ainda, observar e valorizar os comportamentos da pessoa. A postura corporal, a expressão facial, a irritabilidade, o chorar e gemer, as queixas verbais, os factores que aliviam e os factores que exacerbam constituem alguns desses comportamentos.

Para a CIPE® 1.0 (2006) existem algumas intervenções propostas para avaliar a dor: (1) inquirir sobre a localização e irradiação; (2) inquirir sobre a intensidade; (3) inquirir sobre o efeito da dor nas actividades de vida diária; (4) observar o comportamento (procurando identificar expressões de dor); (5) inquirir sobre factores de alívio; (6) inquirir sobre factores de agravamento; (7) inquirir sobre respostas à dor; (8) inquirir sobre estratégias usualmente utilizadas para alívio e a sua eficácia.

### **Classificação da dor**

A semiologia da dor oncológica é muito variável, tendo em conta que, na maioria das situações, o tumor invade diferentes estruturas, daí que, Pimenta e Ferreira (2006), considerem que a dor oncológica pode ser nociceptiva, neuropática e mista.

Ainda para os mesmos autores, a dor nociceptiva engloba a dor visceral e somática, e é concomitante ao dano tecidual, ou seja, a lesão é identificável. A dor somática, tem um início insidioso, sendo normalmente constante e localizada. Os doentes decvem-na como uma dor aguda ou tipo moimha. É precipitada pela mobilização, esforli, aliviando, frequentemente, com o repouso. O doente localiza a dor normalmente (Kazanowki e Iaccetti, 2005). A dor visceral resulta da invasão ou distensão de uma víscera, podendo ser causada por diversos processos patológicos, que ocorrem em órgão internos, tais como, o estômago, a visícula biliar, a bexiga e o intestino. A caracterização desta dor é de localização indistinta, pressão vaga, frequentemente percebida como constrictiva, ou em cólica (Pimenta e Ferreira, 2006; Kazanowki e Iaccetti, 2005).

A dor Neuropática, de acordo com Pimenta e Ferreira (2006), está relacionada com a existência de processos somatossensoriais anormais no sistema nervoso central e/ou periférico. Esta dor é causada por lesão total, ou parcial do sistema nervoso central, periférico, ou ambos, formigueiro ou sensação de queimadura. Este tipo de dor é definido pelos doentes de duas formas: dor tipo queimadura, ou dor lancinante, tipo choque eléctrico. As causas da dor neuropática são variadas e incluem infecções, trauma, alterações metabólicas, quimioterapia, cirurgia, irradiação, neurotoxinas e compressão nervosa.

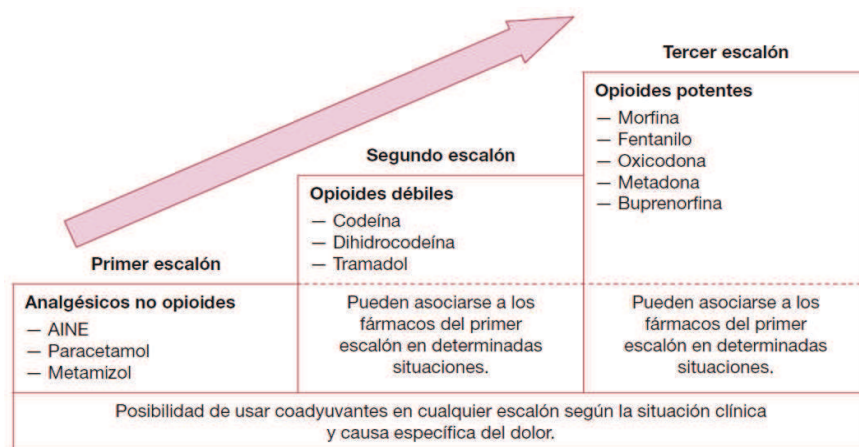
A dor, que ocorre intermitentemente, pode ser decrita como dor episódica, que de acordo com Kazanowski e Iaccetti (2005), pode ter 2 formas distintas: dor icidental ou irruptiva e dor de final de dose. A dor icidental ou irruptiva está relacionada com uma actividade, ou experiência

particular, como o sair da cama, ou reagir a um estímulo emocional, como o medo. Como refere Pimenta e Ferreira (2006) a dor irruptiva é definida como uma exacerbação transitória da dor, que ocorre somada a uma dor de base persistente. A dor no final da dose surge, quando o efeito de um analgésico de acção prolongada não é mantido ao longo da duração esperada.

## Escada da Dor da OMS

A Organização Mundial de Saúde tem descrito uma abordagem degrau a degrau para seleccionar qual o esquema analgésico baseado na intensidade da dor, conhecida como a escada analgésica da OMS.

Figura 3 - Guia de prática clínica sobre cuidados paliativos (2008, p.85)



O 1º Degrau é reservado para aqueles doentes com dor ligeira. Neste degrau 1, os analgésicos são não opióides, incluem, o paracetamol, os anti-inflamatórios não esteróides e salicilatos. Se necessário pode haver um ajuste da dose ao máximo recomendado. No caso do Paracetamol, uma dose máxima de 4 gramas por dia é recomendada. (Ferris et al, 2002)

Por norma, os opióides fracos são utilizados no 2º Degrau, podendo se associar analgésicos adjuvantes se necessário. A codeína e o tramadol são os opioides incluídos neste degrau. A codeína é um opióide natural, muito mais fraco que a morfina, a dose inicial apropriada é de 15 mg por via oral cada 4 horas e 15 mg cada hora se houver necessidade de um analgésico de resgate. Pereira (2010) refere que aumentar as doses de codeína acima de 400 mg raramente se traduz em melhor controlo da dor.

O tramadol é um análogo sintético da codeína, é recomendado como analgésico segura na segunda escada da dor. Encontra-se disponível em diversas formulações, orais, parentéricas e libertação prolongada. É metabolizado no fígado. Para Pereira (2010), a dose recomendada é de 50 a 100 mg cada 4 a 6 horas, ou 100 a 200 mg para formulações de libertação prolongada de 12 em 12 horas.

O 3º Degrau, utiliza opióides fortes com ou sem analgésicos adjuvantes, é utilizado em utentes com dor moderada a intensa que não respondem de forma adequada às doses máximas utilizadas com os analgésicos do 2º Degrau. Os fármacos incluídos neste de grau são, a morfina, fentanil, buprenorfina, hidromorfona, oxicodona e metadona. (Ferris et al, 2002)

Figura 4 - fármacos usados no 3º Degrau da Escada da OMS (Adptado de Gonçalves Et al, 2007, p. 463)

Princípio activo	Dose	Apresentações	Observações
Morfina, cloridrato	10 mg/ml 40 mg/2 ml	Solução injectável (uso exclusivo hospitalar)	Por via EV usar diluída e administrar lentamente. Reduzir para 1/2 da dose oral por via SC e para 1/3 por via EV.
Morfina, sulfato	10, 20 mg, 4/4 h  10, 30, 60, 100 mg de 12/12 h	Comp. LN (podem ser fraccionados e/ou moídos) Comp. LP (não fraccionar nem moer) Cáps. LP (podem ser abertas e administradas por sonda naso-gástrica)*	Prescrever sempre laxantes. Prescrever anti-emético, pelo menos 5 dias. Mesmas doses por via rectal. Evitar conduzir pelo menos 5 dias devido à sonolência. Aumentar 25% a 50% cada dia até controlo. Sem dose máxima (limitada pelos efeitos colaterais). Insuf. Renal e hepática grave: 6-6h ou 8-8h. Iniciar com doses baixas ou equianalgésicas e titular.
Buprenorfina TD	35, 52 e 70 µg/h Mudança do sistema de 96/96 h Dose máxima recomendada 140 µg/h.	Sistema transdérmico	Iniciar com 35 µg/h ou menos (os pensos podem ser cortados). Podem ser usados com outros opióides. Menos obstipante. Sem depressão respiratória nas doses recomendadas. Insuf. renal: Sem necessidade de ajuste. Insuf. hepática: ajuste se insuf. hepática grave com alterações da coagulação.
Buprenorfina SL	Início 0,1- 0,2 mg 8/8 h (sem adesivos) Dose máxima recomendada 3 mg/dia	0,2 mg comprimido sublingual, 0,4 mg comprimido sublingual,	Dose de resgate: iniciar com 0,1-0,2 SOS cada hora e titular até à dose eficaz; Se mais de 3 SOS/dia aumentar a dose do penso TD. Não ingerir os comprimidos.
Fentanil TD	25, 50, 75 e 100 µg/h, de 72/72 h	Sistema transdérmico em penso e em depósito (genérico).	Os pensos podem ser cortados. As formulações genéricas com depósito não podem ser cortadas. Podem ser usados com outros opióides para doses de resgate. Insuf. Renal: reduzir 50% a 75%
Fentanil TM	200 µg SOS . Fricionar durante 15 minutos na mucosa oral.	Sistema transmucoso oral que só existe a nível hospitalar	Dose de resgate: iniciar com 200 µg cada 15 a 20 minutos e titular até à dose eficaz. Se mais de 3 SOS/dia aumentar a dose do penso TD. Útil na dor irruptiva.

Os analgésico adjuvantes podem ser úteis usados com opióides ou isoladamente. Os AINE's são úteis isoladamente ou como adjuvantes na dor nociceptiva, somática e visceral. Devem ser utilizados fármacos de semi-vida curta e começando pelas doses mais baixas recomendadas, aumentando-as cada dois a três dias. Os corticóides são úteis no tratamento da dor por compressão nervosa ou distensão da cápsula hepática. A dexametasona é de todos o que tem menor efeito mineralcorticóide. A dose inicial costuma ser elevada e depois reduz-se para a dose mínima eficaz. Caso não sejam eficazes ao fim de 5 dias, os corticóides devem ser suspensos. Os antidepressivos e anticonvulsivantes devem ser titulados até se atingirem os efeitos desejados ou a dose máxima recomendada. Normalmente estes são utilizados na dor neuropática, sendo os mais utilizados os seguintes, Gabapentina, Pregabalina, Amitriptilina e Nortriptilina. Os relaxantes musculares, tais como, o Baclofeno, Clonazepam, Tizanidina, Ciclobenzaprina e Diazepam, podem ser úteis na dor associada a espasmos musculares. (Gonçalves et al, 2007)

## Efeitos secundários induzidos por opióides

Os efeitos secundários mais comuns dos opióides são obstipação, náuseas, vômitos e sonolência. Os dois últimos resolvem-se, por norma, ao fim de poucos dias após início da terapêutica, devido ao aumento da tolerância. O mesmo já não acontece com a obstipação, é necessário um regime laxante regular e eficaz. A defecação deve acontecer, pelo menos, ao fim do 2º ou 3º dia. Se tal não acontecer as doses de laxantes devem ser aumentadas. (Neto, 2010)

As náuseas causadas pelos opióides podem ocorrer por diversos mecanismos, sendo que, os dois mais predominantes são, diminuição da motilidade gastrointestinal e a estimulação directa da zona gatilho quimio-receptora (CTZ). Este importante centro da via neuronal hemática está fora da barreira hematoencefálica, apresentando receptores dopaminérgicos e serotoninérgicos. Conforme este princípio, o melhor anti-emético para as náuseas induzidas por opióides deve ser uma agente anti-dopaminérgico, que também causa melhoria na motilidade gastrointestinal. A domperidona e a metoclopramida encaixam bem nestes critérios. As náuseas induzidas por opióides, geralmente, resolvem-se espontaneamente após três a cinco dias. Uma dose de 10 mg oral quatro vezes ao dia é a recomendada.

A sonolência e tonturas podem ocorrer nalguns doentes, mas à semelhança das náuseas, são geralmente temporários. Normalmente, resolvem-se ao fim de poucos dias do início dos opióides ou aumento da dose. Estão descritos outro tipo de efeitos secundários, mas que normalmente são raros, nele se incluem a retenção urinária e o prurido. Ainda mais rara, é a depressão respiratória, quando os opióides são iniciados em doses apropriadas e se a titulação for realizada em incrementos apropriados.

As neurotoxicidades mais frequentemente manifestadas pela utilização de opióides são, a sedação, mioclonias, alucinações, défices cognitivos e delírio. Existem outro tipo de toxicidades associadas a esta utilização mas que apresentam menos probabilidade de ocorrerem, são elas, a hiperalgesia, alodinia e convulsões. A hiperalgesia é uma reacção exagerada ao que se habitualmente se considera uma estimulação dolorosa leve, e alodinia é a sensação de dor ao toque.

O mecanismo exacto destas toxicidades é inconclusiva, mas sabe-se, que os doentes a tomar doses opióides elevadas ou insuficientes renais estão em maior risco de desenvolverem estas complicações. Algumas estratégias têm sido descritas para contrariar estes efeitos, nomeadamente, nas recomendações da EAPC (1996), em que a rotação dum opióide para outro, permite a eliminação de metabolitos do opióide agressor e proporciona um efectivo controlo da dor. A hidratação oral ou caso esta não seja possível, a via subcutânea (hipodermoclise), constituem um aspecto bastante importante para aumentar a eliminação de metabolitos opióides ao nível renal. Uma outra estratégia é a redução da dose, esta pode ser utilizada se a dor estiver controlada e os efeitos adversos não forem severos. Em casos de mioclonias severas o uso de benzodiazepinas como o baclofeno ou dantroleno pode ser utilizada, mas deve ter-se a máxima

precaução, pois não trata as causas subjacentes e por vezes pode exacerbar o delírio (Pereira, 2010).

Existe uma grande variedade de efeitos secundários que difere de indivíduo para indivíduo. Para tal, uma vigilância rigorosa dos efeitos secundários é necessária.

### Recomendações da EAPC sobre o Uso de opióides

As primeiras *guidelines* da *European Association for Palliative Care (EAPC)*, foram publicadas em 1996, tinham como principal função recomendar o uso de morfina e opióides alternativos no tratamento da dor oncológica. Mais tarde em 2001, com o avanço de novas abordagens farmacológicas foi efectuado uma revisão destas recomendações. No entanto, estas, ainda careciam de evidência científica, pelo que, em 2012 foram publicadas 16 novas recomendações, que se baseiam em revisões sistemáticas da literatura.

1. **Uso de opióides do degrau II da Escada da OMS:** para os doentes com dor ligeira a moderada que não têm alívio com Paracetamol ou Anti-inflamatórios Não-Esteroides (AINE), a administração oral de opióides fracos como a codeína ou Tramadol é recomendada. Em alternativa, podem ser administradas doses baixas de opióides do 3º Degrau, como por exemplo, a morfina ou a oxycodona.
2. **Uso de opióides de 1ª Linha do degrau III da Escada da OMS:** não se evidência diferenças importantes entre a morfina, oxycodona e a hidromorfona por via oral, pelo que pode ser qualquer uma delas utilizada como 1ª linha.
3. **Titulação de opióides:** as morfina de libertação imediata e libertação prolongada, a oxycodona e a hidromorfona podem ser utilizadas como doses de titulação. No entanto, é recomendado efectuarem-se resgates com morfina de libertação imediata.
4. **Uso de opióides transdérmicos:** O fentanil e a bruprenorfina transdérmica podem ser utilizados como alternativa a opióides orais. Demonstrando-se mesmo que em algumas situações pode ser utilizado como 1ª linha, nomeadamente, em situações em que o doente não consegue deglutir.
5. **Uso de Metadona:** deve ser utilizado apenas por profissionais com larga experiência no manuseio de opióides, por apresenta uma complexa farmacocinética e uma imprevisível semi-vida. Pode ser utilizado no degrau III.
6. **Rotação dos opióides:** sempre que não se consiga alcançar analgesia adequada e/ou apresente efeitos adversos com um determinado opióide, o utente pode beneficiar com a utilização de um outro.
7. **Rácio relativo para a rotação de opióides:** existe elevada evidência para as seguintes rotações, morfina oral para oxycodona oral 1:1,5; oxycodona oral para hidromorfona oral 1:4; morfina oral para fentanil Transdérmico 100:1. As rotações com baixa evidência são as seguintes, morfina oral para hidromorfona oral 1:5; morfina oral para bruprenorfina 75:1.

8. **Vias de administração alternativas à via oral:** existe elevada evidência de que a via subcutânea deve ser utilizada como via alternativa à oral ou transdérmica, por exemplo, para administração de morfina e hidromorfona. As contra-indicações para o uso da via subcutânea são, edema generalizado, alterações de coagulação, má circulação periférica e necessidades de doses/volumes elevados de fármacos/soros, nessa situação a via a utilizar deve ser a endovenosa. Esta pode ser utilizada quando se necessita de uma rápida titulação de analgesia. O rácio de equivalência de rotação da via oral para a subcutânea ou endovenosa é similar, situa-se entre 3:1 e 2:1. A via rectal também se encontra descrita como sendo uma óptima alternativa de 2ª linha, no entanto, existe pouca aceitação dos utentes e não existem muitas formulações disponíveis para esta via.
9. **Dor Irruptiva:** existe elevada evidência, que nas exacerbações de dor a utilização de opióides de libertação imediata deve ser utilizada. Na dor incidental pode ser efectivamente gerida com recurso a formulações orais de libertação imediata, transmucosas e intranasais. Sendo que nalgumas situações é preferível a utilização de fentanil transmucoso ou intranasal devido ao seu início de efeito, 20-30 min.
10. **Tratamento das náuseas e vômitos induzidas pelos opióides:** devem ser utilizados alguns fármacos da família dos antidopaminérgicos, como por exemplo, o Haloperidol e/ou metoclopramida.
11. **Tratamento da obstipação induzida por opióides:** com elevada evidência é recomendada a utilização por rotina de laxantes para tratamento e/ou prevenção de obstipação. Na evidência científica não existe recomendação de utilização de um em particular. A combinação de vários laxantes com diferentes modos de acção tem contribuído para um controlo mais eficaz deste problema, do que utilizar apenas um. Em situações que nenhum dos laxantes *tradicionais* é eficaz, deve-se considerar a utilização de metilnaltrexona (Relistor®).
12. **Tratamento de sintomas do Sistema Nervoso Central induzida por opióides:** os dados permitem uma recomendação fraca sobre a utilização de metilfenidato para a melhoria da sedação induzida por opióides, mas o limiar entre os efeitos desejáveis e indesejáveis é estreito. Os dados permitem também, recomendar que em pacientes com efeitos neurotóxicos relacionados com opióides (delírio, alucinações, mioclonias e hiperalgesia), a redução da dose ou a mudança de opióides deve ser considerado.
13. **Uso de opióides em doentes com insuficiência renal:** doentes com insuficiência renal com um valor de filtração glomerular inferior a 30 ml/min. o uso de opióides deve ser com precaução. Os opióides de 1ª linha devem ser o Fentanil ou bruprenorfina administrado por via subcutânea ou transdérmica em doses de início baixas.
14. **Papel do Paracetamol e os AINE's em adição aos opióides do degrau III:** a evidência científica demonstra que o uso de AINE's com opióides do degrau III melhora a analgesia e/ou reduz as doses de opióides necessárias para controlar a dor, no entanto, o uso deste deve ser restrito, devido ao risco de severos efeitos secundários. A evidência demonstra ainda que é preferível a utilização de Paracetamol, aos AINE's, devido ao menor risco de efeitos secundários, no entanto, esta eficácia não se encontra correctamente documentada.

15. **Papel de fármacos adjuvantes na dor neuropática:** os dados demonstram uma forte evidência científica na utilização de gabapentina e amitriptilina em doentes com dor neuropática. A combinação de um destes fármacos com opióides aumenta o risco de neurotoxicidade induzida por opióides, daí que deva existir uma titulação cuidadosa de ambos os fármacos.
16. **Administração de opióides por via epidural ou Subaracnóide:** a administração de opióides pela espinal medula em combinação com anestesia local deve ser apenas considerada em utentes que analgesia se encontra descontrolada e/ou que apresentam efeitos adversos intoleráveis. Em que, o uso de opióides orais, parentais e não-opioides não resultou.

### **Abordagem não-farmacológica no controlo da Dor**

O tratamento da dor passa por uma abordagem farmacológica e não-farmacológica (Pimenta e Ferreira, 2006). Existem várias técnicas de enfermagem, não invasivas, que podem ajudar a aliviar a dor. O simples facto do enfermeiro estar presente e mostrar-se disponível, pode ajudar a aliviar a dor e a reduzir a ansiedade do doente.

O toque é um aspecto essencial na comunicação com o doente, uma vez que, frequentemente, lhe transmite a sensação de tranquilidade. Na perspectiva de Urbano et al (1999, p.32), *“o toque pode constituir um componente crucial importante quando se deseja um eficaz alívio da dor”*.

A distração é outra atitude terapêutica, que se pode utilizar no controlo da dor. *“A distração interfere com o estímulo da dor e por isso, modifica o conhecimento da dor”* (Karb, 1999, p. 313). De acordo com a autora, ver televisão ou ouvir música pode proporcionar distração ao doente. No entanto, nem todas as pessoas são capazes de utilizar a distração com êxito.

A TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) é uma técnica antiálgica, pode ser utilizada no controlo de qualquer dor localizada, seja ela de origem somática, aguda ou crónica. A TENS, isoladamente, não pode alterar um estado doloroso crónico, mas constitui um complemento importante, do qual se devem explorar todas as potencialidades com paciência, perseverança e convicção (Benôit, 2002).

A técnica de relaxamento reduz a ansiedade, a tensão e a intensidade da dor, quando combinada com uma respiração rítmica lenta com progressivo relaxamento de grupos musculares de todo o corpo e posição confortável do doente, técnicas de concentração em cada extremidade do corpo (Lobo, 1998).

O relaxamento pode ser definido, de acordo com Pimenta e Ferreira (2006, p. 159), “*como o estado de ausência relativa de ansiedade e tensão muscular, a serenidade da mente e dos músculos*”. De acordo com os mesmos autores, as técnicas, que utilizam a respiração como estratégia para o relaxamento, têm como objectivo tornar a pessoa consciente do processo de respiração, que, habitualmente, é inconsciente. Assim, quando a atenção é focada na respiração, ela é removida das áreas de tensão. Estas técnicas são muito flexíveis, sendo fáceis de ser apreendidas e utilizadas (Pimenta e Ferreira, 2006)

A massagem e a pressão são técnicas, que podem também auxiliar no alívio da dor. A massagem é um dos procedimentos mais efectivos, quando realizado com as mãos e tem como objectivo provocar efeitos sobre a circulação local e geral do sangue e da linfa, produzindo sensação de prazer primário, sendo os efeitos secundários mínimos (Carvalho e Cardoso, 2000).

Mobilizações activas e passivas podem ser utilizadas para prevenir a ocorrência da dor e a diminuição da capacidade funcional. Podem realizar-se exercícios físicos activos e passivos das articulações de forma progressiva e suave, com uma frequência variável, tendo em conta as capacidades do doente. Ajudam a prevenir o aparecimento de dor por imobilização (Aramburu et al, 2000). Neste contexto, o enfermeiro ocupa um papel de realce, ajudando o doente a escolher medidas não farmacológicas, que possam ajudá-lo a reduzir, ou a eliminar a sua dor.

Alguns exemplos de intervenções de enfermagem enunciado na CIPE® 1.0 (ICN, 2006):

**Diagnóstico de enfermagem:** Dor oncológica crónica **Intervenções:** Executar técnica de relaxamento; executar técnica de imaginação guiada; executar técnica de distração; orientar para terapia (psicoterapia).

**Diagnóstico de enfermagem:** Conhecimento diminuído sobre estratégias de controlo da dor oncológica **Intervenções:** ensinar sobre coping; ensinar sobre técnica de distração; ensinar sobre técnica de relaxamento.

## Conclusão

Na elaboração desta dissertação de relatório de estágio penso que consegui demonstrar que adquiri competências e conhecimentos de Mestre, nesta área dos cuidados paliativos, com especial ênfase na Dor.

Na preparação para os estágios delineei alguns objectivos, e algumas competências a atingir no decorrer da prática clínica e projecto de intervenção. Ao longo do meu percurso, senti que estava em constante crescimento, quer enquanto pessoa, quer enquanto profissional e agora enquanto possível mestre em cuidados paliativos. Estes 6 meses permitiram-me desenvolver uma prática assistencial em duas unidades de referência em Portugal, a Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, numa vertente de internamento, e a Unidade de Assistência domiciliária do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. Nesta prática assistencial, consegui mobilizar e integrar alguns dos conhecimentos que adquiri ao longo do curso, onde procurei, percorrer todos os pilares dos cuidados paliativos, deste a comunicação e o apoio à família, passando pelo trabalho em equipa e o controlo de sintomas. Esta foi especialmente gratificante para mim desenvolver, nomeadamente, porque o meu tema de aprofundamento da tese, se enquadrava neste pilar, a Dor.

Estes estágios permitiram que conseguisse fazer uma reflexão acerca da tipologia e modelos organizativos quer da UAD do IPO, quer da UCCP do HLUZ. Estes são dois locais de excelência em Portugal, que deveriam ser replicados por todo o país. Mas de uma forma equitativa, como refere Capelas (2009). A excelência destes locais deve-se a diversas vertentes, mas os profissionais que nelas se integram, têm um papel central. Não podia deixar de mencionar ainda, todos aqueles momentos que me foram proporcionados pelos doentes que ao longo deste percurso tive o privilégio de acompanhar. Em especial a situação do Sr. R, que no ultimo turno, apercebeu-se que era o meu último dia de estágio, e disse-me que gostou muito que eu o tivesse tratado e para continuar a tratar de pessoas com problemas como o dele. De uma forma quase instintiva e natural, disse: *“eu é que lhe quero lhe quero agradecer por me deixar cuidar de si”*.

Por fim, mas não menos importante, foi a aquisição de competência que consegui atingir, quer ao nível instrumental e interpessoal, mas também ao nível sistémico. Permitindo assim garantir a qualidade de cuidados, o alívio do sofrimento e a promoção da dignidade dos doentes e das suas famílias.

O projecto de intervenção desenvolvido no meu local de estágio, prendeu-se com área do controlo sintomático com ênfase na Dor. Após ter diagnosticado alguns problemas ao nível do registo e valorização da dor no meu local de trabalho, delineei objectivos para culmar estes problemas e provocar uma mudança na qualidade de prestação de cuidados à luz da filosofia dos CP. Ao mesmo tempo, foram delineadas uma série de actividades a desenvolver, onde gostaria de destacar uma em particular, a formação em serviço. Que pelas dificuldades encontradas, quer

no agendamento da mesma, quer pela fraca motivação dos colegas, tornou-se um enorme desafio. No entanto, consegui não só motivá-los ao longo da sessão, talvez pela pertinência da filosofia dos Cuidados Paliativos, mas também que saíssem interessados da formação e alguns com vontade de aprofundar conhecimentos.

As responsabilidades aumentam à medida que o espectro de conhecimentos/competências se alarga, mas da mesma forma intensificam-se as questões, preocupações e inquietudes, sendo estes itens geradores de motivação para que a mudança e a inovação ocorram. Espero continuar a aprofundar os meus conhecimentos e a adquirir novas competências, bem como, “contagiar” outros profissionais para que os Cuidados Paliativos em Portugal consigam chegar a todos aqueles que necessitam, com qualidade e baseados na evidência científica.

## Bibliografia

- ALBOM, Mitch - *As terças com Morrie*. Lisboa: Sinais de Fogo, Fevereiro 2006. ISBN: 972-8541-06-6.
- ARAMBURU, Ana; et al - *Tratamento no farmacológico del dolor*. Editorial Médica Paramérica, S.A., 2000.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - *Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Recomendações* -Março de 2006 in [www.apcp.com.pt](http://www.apcp.com.pt);
- ASTUDILLO, Wilson; MENDINUETTA, Cármen - *¿Como Mejorar La Comunicacion En La Fase Terminal?* ARS Medica. Vol 11, nº 11 (2004).
- BAILE, Walter *et al* - *SPIKES: A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*. *The Oncologist* ISSN 1542-4863. Vol. 5, Nº 4, 2000. p.302-311.
- BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça - *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Março de 2010. ISBN 978-972-9349-22-5.
- BENÔIT, Laugner; et al - *Cuidados de enfermagem e dor. Avaliação da dor, modalidades de tratamento, psicologia do doente*. Loures, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda, 2002.
- BUCKMAN, Robert A. - *Breaking Bad News: The S-P-I-K-E-S Strategy*. ISSN 1548-5315. Vol.2, Nº2, March/April, 2005. p.138-142.
- CAPELAS, MANUEL LUÍS - *Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal*. *Cardernos de Saúde*, Vol. 2, Nº1. 2009. p. 51-57. ISSN 1647-0559;
- CAPELAS, MANUEL LUÍS - *Equipas de Cuidados Paliativos Domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal*. *Cardernos de Saúde*, Vol. 3, Nº2. 2010. p. 21-26. ISSN 1647-0559;
- COBOS, F. Muñoz *et al* - *Atención a la Familia. Atención Primaria*. ISSN 0212-6567. Vol.30, Nº9, Noviembre, 2002, p.576-680.
- FERRIS, Frank; GUNTEN, Charles; EMANUEL, Linda - *Ensuring competency in end-of-life care: controllling syptoms*. *BMC Palliative Care, BioMed Central*, 2002, p.1-14.

- GOMEZ SANCHO, M. - **Tratado de Medicina en la Cultura Latina**. Edições Aran, Madrid, 1999.
- GÓMEZ-BASTISTE - **Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos**. Arán, 2005. ISBN 84-95913-66-6
- GÓMEZ-BATISTE, Xavier et al - **Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos**. Med Clin (Barcelona). 2010. Vol .135. p. 83-89
- GOMEZ-BATISTE, Xavier et al - **Basic Principles, Definicions and Concepts on The Organization of Public Health Palliative Care Programmes and Services**. Institut Català d'Oncologia, The Qualy Observatory, Who Collaborating Centre for Public health Palliative Care Programmes, 2009, Doc N.º 5.
- GONÇALVES, Edna; MELO, Gonçalo; COSTA, Isabel; NETO, Isabel - **Recomendações para o tratamento farmacológico da dor**. Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. Revista portuguesa de Clínica Geral, Vol. 23, 2007, p. 457-464.
- ICN - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006
- KARB, Virginia - **Dor**. In: Phipps, Wilma; et al - **Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica**. Vol. 1, 2ª ed, Lisboa, Lusodidacta, 1999.
- KUBLER-ROSS, Elisabeth - **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 290 p. ISBN 85-336-0936-9.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Decreto-Lei 101/2006 - Redes de Cuidados continuados**;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Direcção Geral de Saúde, Conselho Nacional de Oncologia. 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Cuidados continuados integrados nos cuidados de saúde primários**. Lisboa; 21 de Maio de 2007..
- MOREIRA, Isabel - **O doente terminal em contexto familiar**. Coimbra: Formasau, 2001.
- NETO, Isabel Galriça - **A Conferência familiar como Instrumento de apoio à família em cuidados paliativos**. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2003:19, p. 68-74.
- NETO, Isabel Galriça - **A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos**. Revista Portuguesa de Clínica Geral, Vol. 10, 2003, pág. 68-74.

- NETO, Isabel Galriça; TRINDADE, Nélia - **Family Meetings as a Means of Support for Patients**. European Journal of Palliative Care. ISSN 1479-0793. Vol 14, Num 13, 2007, p.105-108.
- NEVES, Sandra - **Impacto no Cuidador Principal, do Cuidado ao Doente Paliativo no Domicílio**. Dissertação de mestrado em Paliativos no Faculdade de Medicina de Coimbra, 2007.
- PIMENTA, Cibele; FERREIRA, Karine - **Dor no doente com câncer**. Brasil, Editora Manole, Lda, 2006.
- PIMPAREL, Maria; MARQUES, Carla - **Dor oncológica: guia prático**. Coimbra: Novartis, 1998.
- REBELO, J. **Desatar o Nó do Luto**. Casa das Letras, 3ª Edição, 2007, Cruz Quebrada, ISBN: 978-972-46-1666-7.
- RIBEIRO, Ana Leonor; CARDOSO, Alexandrina - **Dor: um foco da prática dos enfermeiros**. Revista DOR. Vol 15, nº1, 2007, p.6-15.
- Sapeta, Paula - **Cuidar em Fim de Vida: o processo de interação enfermeiro-doente**. Lusociência, 1ª Edição, 2011, Loures, ISBN: 978-972-8930-69-1.
- SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos - **Guia Médicas: El duelo en cuidados paliativos** . Site: [http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see\\_guia&id\\_guia=1](http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=1) Consulta dia 29 de Junho de 2012.
- SERRÃO, Daniel. <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=197> consultado dia 3 de Julho de 2012.
- TOLSTOI, Lev - **A Morte de Ivan Ilitch**. Alfragide: Bis, 2ª Edição, Março 2009. ISBN: 978-972-20-3687-0.
- TWYXCROSS, Robert - **Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, Novembro de 2003. ISBN 972-796-093-6.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Estratégia para o desenvolvimento do programa Nacional de Cuidados paliativos**, da, 2010. Consultado no dia 2 de Julho no site: [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos\\_1-1-2011.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf)
- URBANO, Graça; et al - **Aprender com a dor - do esquecimento ao alívio**. Porto, enfermagem oncologia, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **National Cancer Control Programmes: Policies an manager**. Geneva: 2<sup>nd</sup> Edition, 2002. ISBN 924154557 7



# Anexos

## **Anexo 1 - Análise de Caso do Sr. M**

O Sr. M de 66 anos de idade, residente em Lisboa, casado e coabitante com a esposa. Reformado de 1º Cabo do exército. Sendo, a sua família próxima um filho e uma neta de 4 anos. Encontra-se há cerca de 1 mês nos Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz (UCP HLuz), em isolamento de contacto por apresentar pseudomonas multirresistentes no exame bacteriológico às secreções brônquicas.

Como antecedentes pessoais: insuficiência respiratória crónica; Pneumonia; Infecções do trato urinário adquiridas na comunidade (IAC); Hipertensão Arterial; Fibrilhação Auricular Paroxística; Esclerose lateral Amiotrófica diagnosticada em Junho de 2011, com progressão galopante com má aceitação da doença; Internamento anterior em unidade de cuidados intensivos, por agravamento da função respiratória, tendo iniciado ventilação não invasiva (VNI) e posterior ventilação mecânica invasiva (VMI) através de traqueostomia; Colocação de gastrostomia percutânea (PEG).

O motivo de internamento na UCP HLuz foi para controlo sintomático. Durante o internamento iniciou sedação paliativa por sofrimento refratário, através de acesso subcutâneo com perfusão contínua de Butilescopolamina 80 mg + Haloperidol 10mg + midazolam 10mg + morfina 5mg. Por apresentar febre efectua diclofenac SC em SOS. Utente algaliado com sonda vesical Sylastic N.º 16 por risco de retenção urinária.

## **Anexo 2 - Análise de Caso do Sr. R**

Sr. R de 54 anos de idade, residente em Lisboa, bancário, casado, com 1 filho de 30 anos, também residente em Lisboa. Internado na UCP HLUZ há cerca de 8 dias por descontrolo sintomático. Apresenta como antecedentes pessoais: carcinoma pulmonar das pequenas células, com metástases mediastínicas; síndrome da veia cava superior; tosse; dispneia a pequenos esforços.

Durante o internamento apresentou episódio de soluços e vômitos. Encontra-se a realizar sessões de radioterapia paliativa. Nota-se algumas vezes que tenta esconder alguns dos seus sentimentos, havendo uma incongruência entre a sua linguagem não verbal e verbal.

Intervenções a desenvolver no internamento:

- Controlo da tosse e dispneia;
- Administração de corticóides;
- Controlo dos soluços;
- Controlo dos vômitos;
- Preparação para alta.

### **Anexo 3 - Análise de Caso da Sra. M**

A Sra. M, residente em Lisboa, utente do IPO. Apresenta como antecedentes pessoais alterações renais e da tiróide, e mais recentemente neoplasia do Pâncreas. Mora sozinha, mas apresenta dois cuidadores informais, a cunhada que vai todos os dias de manhã e à noite ajudá-la na alimentação e cuidados de higiene. Ao almoço, conta com a colaboração de uma prima que lhe leva o almoço.

Na admissão na UAD do IPO, apresentava diversos descontrolos sintomáticos, tais como, insónias, obstipação, cansaço e soluços. Apresentava ainda uma dor no flanco direito, tipo “pontada”, de intensidade 10, que agrava com tosse, soluços e/ou inspiração profunda. A medicação que se encontra a realizar era a seguinte, Fentanil transdérmico, Fludex, Omeprazol, Antibioterapia, Mirtazapina, Eutirox e Xanax. A medicação que a utente passa a fazer é a seguinte: a morfina de libertação imediata sempre que necessário, e um aumento da dose de Fentanil. Conseguiu-se perceber nesta admissão, que a utente apresenta uma óptima percepção da sua doença, e que estava ciente da sua progressão e gravidade. Nesta admissão estavam presentes os seguintes profissionais de saúde, um médico, um enfermeiro e um estagiário de mestrado em cuidados paliativos.

Objectivos a curto prazo da UAD:

- Providenciar avaliação social, para se poder providenciar apoio ao nível da prestação de cuidados ao longo das 24h, visto ao longo do dia passa grande parte do tempo sozinha.
- Controlo dos sintomas alterados, nomeadamente da Obstipação, cansaço, tosse, soluços, insónias e dor.

## **Anexo 4 - Plano de Formação**



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

I Mestrado em Cuidados Paliativos

# Plano de Formação: Dor em Cuidados Paliativos

Gonçalo José Neves Redondo

Orientadora: Enf.<sup>a</sup> Sandra Neves

Maio de 2012

## ÍNDICE

1. PLANO DE FORMAÇÃO .....	62
1.1. Enquadramento .....	62
1.2. Entidade Formadora/instituição .....	64
1.3. Tema .....	64
1.4. Identificação dos formadores.....	64
1.5. Destinatários .....	65
1.6. Objectivos Gerais.....	65
1.7. Data de Realização.....	65
1.8. Divulgação .....	67
1.9. Avaliação .....	67
BIBLIOGRAFIA .....	68

## 1. PLANO DE FORMAÇÃO

O presente Plano de Formação subordinado à temática da Dor nos Cuidados Paliativos inicia-se com o seu enquadramento e pertinência, seguindo-se com a identificação da instituição onde decorrerá a formação; a identificação dos formadores; dos destinatários; os objectivos gerais; a data de realização; a duração da formação; o plano das sessões com os objectivos específicos, os conteúdos, a metodologia e os recursos estratégicos; a divulgação da formação e a avaliação da mesma.

### ***Enquadramento***

Os cuidados paliativos são reconhecidamente uma parte essencial dos cuidados de saúde a que qualquer cidadão deveria ter acesso. Pelo menos do ponto de vista teórico, são considerados como um imperativo do Serviço Nacional de Saúde, tal como do ponto de vista ético e social. Nesse sentido têm sido divulgadas diversas publicações, pelos organismos públicos nacionais e internacionais, como é o caso no nosso país do Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2004), que atestam essa mesma importância. Todas essas publicações têm em comum a promoção do controlo sintomático do utente e da sua família, quando se trata de uma doença incurável e progressiva, contrariando não só o *esconder da morte*, como a obsessão pelo carácter exclusivamente curativo ou, quando muito, preventivo dos serviços de saúde.

Segundo este plano, os cuidados paliativos deverão ser prestados segundo diversos níveis de especialização, prevendo, no entanto, que todos os profissionais possuam, pelo menos, formação básica que lhes permita realizar algumas acções paliativas, independentemente do serviço onde exerçam a sua profissão. Naturalmente, que *“a prática de cuidados paliativos requer organização própria e abordagem específica, prestados por equipas técnicas preparadas para o efeito”* (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004, pág. 2), assim como *“a complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo exigente de um largo espectro terapêutico e a gestão de um sofrimento intenso requerem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada, que deve envolver quer a*

*formação pré-graduada, quer a formação pós-graduada dos profissionais que são chamados à prática deste tipo de cuidados”* (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004, pág. 13). Deste modo, a pertinência da formação no âmbito dos cuidados paliativos, revela-se como alavanca da mudança de mentalidades, nomeadamente da passagem do paradigma exclusivamente curativo e preventivo, para o assistencial a doentes com doença incurável e progressiva. Importa realçar, que a formação é crucial e só ela poderá permitir essa mudança, demonstrando que os cuidados paliativos pouco têm de empirismo exclusivo e do tradicional “mão na mão”. Pelo contrário, são cuidados com objectivos claros, que seguem métodos e uma justificação científica.

Segundo Twycross (2003), os cuidados paliativos concentram-se em diminuir o afastamento entre o ambicionado e a realidade actual, o que naturalmente permite o incremento de qualidade de vida. Para Neto (2010), assim se justifica o constante e permanente *investimento* nos doentes e famílias, contrariando a máxima de que a seguir a se terminarem as intervenções de índole curativo passa-se ao período de *não investimento*.

A opção sobre a principal área temática a aprofundar no Centro de saúde recai sobre a problemática do controlo de sintomas - Dor. “*A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde*” (DGS, 2003). A IASP (2006) define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor é uma sensação variável que não conseguimos controlar, tratando-se dum sintoma de carácter subjectivo (Serrano-Atero et al, 2002). Assim, a melhor definição a ser considerada, e de uma forma simples, “*Dor é aquilo a que o paciente chama sofrimento*” (Twycross, 2003, p. 83)

Devido à pertinência e complexidade deste sintoma, em Junho de 2003, por imposição da Direcção Geral da Saúde, por circular normativa, a dor passa a ser encarada como “*o 5º sinal vital*”. (DGS, 2003). A Ordem dos Enfermeiros (2008) também reitera a avaliação da dor como essencial para o seu alívio e controlo, recomendando várias linhas orientadoras para a sua avaliação, como o facto de a pessoa ser sempre a melhor avaliadora da sua dor, devendo-se dar espaço ao auto-relato, à avaliação regular da dor, tendo por base a história de dor do doente, em

que se inclui o exame físico; características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência); formas de expressar/comunicar a dor; factores de alívio e de agravamento; estratégias de *coping*; implicações da dor no quotidiano; percepção da doença e da dor; impacto socioeconómico, espiritual e emocional; sintomas associados; medidas terapêuticas efectuadas e resposta às mesmas.

O controlo da dor deverá ser considerada uma prioridade vital para quem presta cuidados, assumindo um papel de maior relevo em Cuidados Paliativos, sendo de extrema importância a sua avaliação e monitorização. Apesar da Circular Normativa da DGS N.º 09 DGCG de 14/06/2003 instituir a dor como sinal vital, o que se constata nos Cuidados de Saúde Primários é que, muitas vezes, fica esquecido ou sendo avaliado não é realizado o seu registo ou apenas se avalia a sua intensidade. Realidade que facilmente se constata no meu local de trabalho, Centro de Saúde do Cadaval, no qual o registo efectuado da dor é insuficiente e redutor, uma vez que só contem a informação da presença da dor. Assim, será de toda a relevância para a melhoria dos cuidados prestados, a sua correcta e completa avaliação através de uma utilização eficaz de instrumentos de avaliação, das reais necessidades dos utentes no alívio da dor, de modo a que posteriormente se definam e implementem estratégias que permitam o seu adequado controlo.

### ***Entidade Formadora/instituição***

A formação decorrerá no Centro de Saúde do Cadaval, na sala de reuniões da Unidade de Cuidados da Comunidade.

### ***Tema***

A dor em Cuidados Paliativos

### ***Identificação dos formadores***

- Gonçalo Redondo (Enfermeiro)

## ***Destinatários***

A formação destina-se a todos os profissionais de saúde do Centro de Saúde. Os interessados deverão efectuar a inscrição directamente para com Enf.º Gonçalo Redondo

## ***Objectivos Gerais***

- Compreender os princípios, valores e filosofia dos cuidados paliativos;
- Compreender a importância do controlo da dor para o doente/família;
- Melhorar a avaliação e os registos da dor no processo do doente;

## ***Data de Realização***

A formação decorrerá a 11 de Junho de 2012 das 15:30 às 18 horas.

### **Duração**

A formação terá uma duração total aproximada de 120 minutos, distribuído por dois momentos, 1º de 60 minutos aproximadamente e um 2º momento com a mesma duração.

	Objectivos Específicos	Conteúdos	Metodologia/Estratégia	Recursos Didácticos
1 <sup>a</sup> momento (60 min.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender a evolução na história dos cuidados paliativos (CP) em Portugal;</li> <li>• Definir os conceitos de CP e a sua filosofia de intervenção.</li> <li>• Compreender as necessidades de implementação dos CP em Portugal;</li> <li>• Descrever os pilares dos CP: controlo dos sintomas, comunicação adequada, apoio á família e trabalho em equipa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolução histórica dos Cuidados Paliativos;</li> <li>• Cuidados Paliativos: conceito, filosofia, fundamentos, valores e princípios.</li> <li>• Controlo de sintomas, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo oral directo e interactivo;</li> <li>• Método activo - Brainstorming.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador com software adequado;</li> <li>• Projector multimédia;</li> </ul>
2 <sup>a</sup> momento (60 min.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender o enquadramento da dor em Portugal;</li> <li>• Definir os conceitos de Dor à luz dos CP</li> <li>• Compreender a importância da avaliação da dor;</li> <li>• Descrever as medidas terapêuticas para controlo da dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquadramento da dor em Portugal;</li> <li>• Conceito de Dor total; Avaliação da dor - utilização de diferentes escalas</li> <li>• Medidas farmacológicas e não-farmacológicas para controlo da dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo oral directo e interactivo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tela de Visionamento / Quadro;</li> <li>• Fotocópias.</li> </ul>

## ***Divulgação***

A divulgação será efectuada através de cartazes, panfletos, circular informativa pelos circuitos de informação internos da instituição, por correio electrónico para os endereços conhecidos dos profissionais da instituição.

## ***Avaliação***

A avaliação formativa será ao longo da sessão, sendo essa baseada na observação do formador, analisando o interesse dos formandos através das suas questões, bem como a motivação que apresentam.

## BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. ***Critérios de qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos*** [pdf]. 2006. 19 pp

BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça - **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Março de 2010. ISBN 978-972-9349-22-5.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. ***A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*** [pdf]. Circular Normativa N.º 09/DGCG. 14/06/2003.

DOYLE, Derek et al - **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. Third Edition. Oxford University Press, 2005. ISBN 13 978-0-19-856698-4.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. ***Dor – Guia Orientador de Boa Prática***. Edit. Mateus, A et al. Ordem dos Enfermeiros. 2008. 55 pp.



SERRANO-ATERO, M. et al. 2002. “**Valoración del dolor (II)**”. Revista Soc. Esp. Dolor. N.º 9. Pp. 109–121.

SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. ***Guia de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos*** [Word]. Edit. Gomez-Batiste et al. 2002. 26pp.

TWYXCROSS, R. 2003. ***Cuidados Paliativos***. Lisboa. Climepsi Editores. 2.ª Edição. 207 pp.

WATSON, M. et al. 2010. ***Oxford Handbook of Palliative Care***. Oxford University Press. 2.ª Edição. 1035 pp.

## **Anexo 5 - Slides da Formação em Serviço**

## CUIDADOS PALIATIVOS

*"Os cuidados paliativos são cuidados intensivos de conforto."*

Gonçalo Redondo  
Cadaval, Junho de 2012

### Sumário

- Conceito dos Cuidados Paliativos (CP)
- Pilares dos CP:
  - Controlo de sintomas
  - Comunicação adequada
  - Apoio à família
  - Trabalho em equipa
- Dor

2


*"Toda a gente sabe que vai morrer...  
mas ninguém acredita nisso."*

(As terças com Morrie, 2006)

3

### Evolução Histórica dos CP

- Século XIX e ant. - grupos religiosos: *cuidar dos moribundos* carenciados
  - Cuidados gerais e caritativos;
  - Filosofia de vida para os negligenciados da sociedade.



4


### Evolução Histórica dos CP

- Progresso na medicina no Sec. XX
- Surgem mais doenças crónicas não transmissíveis
- Vive-se mais, mas não melhor:
  - Negação da morte;
  - Instrumentalização da morte;
  - Cura das doenças – triunfalismo heróico;
  - Ilusão do pleno controlo sobre as doenças;
  - Morte = derrota dos profissionais, falhanço e frustração;

5

### Evolução Histórica dos CP

- Década de 60, Inglaterra: Cicely Saunders
- Movimento *Hospice*
  - Doentes para os quais *já não havia nada a fazer*;
  - Cuidados rigorosos, científicos e de qualidade



6

### Evolução Histórica dos CP

- Portugal: Início da década de 90 do séc. XX
  - 1992: Unidade da Dor do Hospital do Fundão
  - 1994: Unidade do IPO do Porto
  - 1996: Equipa Domiciliária do CS Odiveelas
- Programa Nacional de C. Paliativos (2004)
- Rede Nacional dos C.C.I. (2006)
  - Decreto-Lei 106/2011

7

### Conceito de CP

*"uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado", por meio "da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais"*

(WHO, 2002)

São prestados de forma multidimensional e sistemática por uma equipa multidisciplinar, cuja prática e método de tomada de decisões são baseados na ética clínica.

(PNCP) 8

### Tipologia dos serviços

**Acção Paliativa**, 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.

**Nível I** – equipas domiciliárias de suporte, equipas intra-hospitalares, com equipa multidisciplinar e pelo menos 2 profissionais com formação avançada em CP

**Nível II** – Apoio efetivo 24h, todos os profissionais têm de ter formação diferenciada

**Nível III** – equipas de excelência, investigação.

PNCP 9

### Modelos de Prestação de Cuidados

- Modelo de Obstinção Terapêutica

Início: Diagnóstico Morte



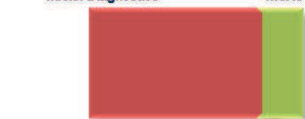
● Tratamento específico

Fonte: Gómez – Batiste et 2005 10

### Modelos de Prestação de Cuidados

- Modelo do Abandono

Início: Diagnóstico Morte



● Tratamento Específico

● Abandono

Fonte: Gómez – Batiste et 2005 11

### Modelos de Prestação de Cuidados

- Modelo do Separado

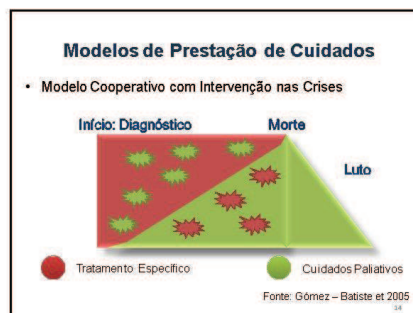
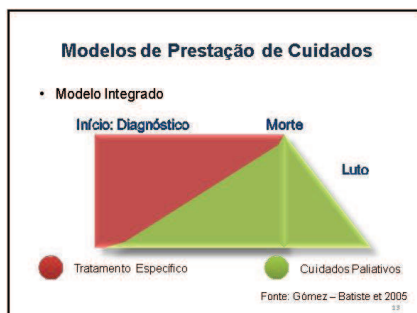
Início: Diagnóstico Morte



● Tratamento Específico

● Cuidados Paliativos

Fonte: Gómez – Batiste et 2005 12



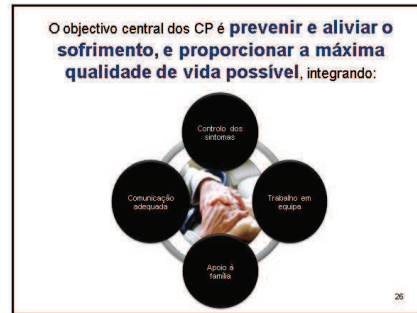
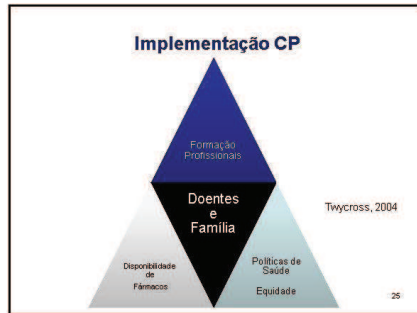
- ### Princípios dos cuidados paliativos
- Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;
  - Encara a dorência como causa de sofrimento a minorar;
  - Considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;
  - Reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
  - Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínicas e humanamente apoiadas;
  - Considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
  - Assenta na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a utilidade diagnóstica e terapêutica;
  - Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
  - É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
  - Centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
  - Só é prestada quando o doente e a família a aceitam;
  - Respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
  - É baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS,2004)

- ### Instrumentos Básicos dos CP
- Avaliação das necessidades (história de vida, ant. pessoais, caract da doença, estado familiar e dos cuidadores, crises, prognóstico...)
  - Plano Terapêutico
  - Controlo sintomático
  - Suporte psico-emocional
  - Informação e comunicação (elemento chave do processo terapêutico)
  - Respeito pelos valores e ética clínica
  - Adaptação das organizações (equipa interdisciplinar)
  - Mudanças na organização de recursos
  - Avaliação e monitorização dos resultados
  - Melhoria contínua de qualidade
- (Capelas e Neto, 2010)<sup>18</sup>

- ### Necessidade em CP
- Cuidados paliativos de qualidade para todos os que necessitem (Capelas, 2009):
    - Estratégia pública:
      - Elevado conhecimento científico
      - Cuidados de Saúde baseados na evidência
      - Elevado grau de efetividade
    - Articulação entre o sector público e oferta disponibilizada por entidades privadas ou outras
      - Maior Efetividade
- 17

- ### Necessidades em CP
- Segundo dados estatísticos de 2007 :  
(Capelas 2009, Gómez-Batiste e al, Herrera et al e Ferris et al)
- 60% dos doentes falecidos com necessidades de cuidados paliativos
- 103 512 óbitos » 62000 doentes com necessidades paliativas
  - 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários (1-1,5 equipas por 100 mil habitantes: 2 médicos e 3-4 enfermeiros)
    - 266 médicos
    - 465 enfermeiros
- 18





### Comunicação em cuidados paliativos

*“Comunicação é um processo dinâmico e multidireccional de intercambio de formação, através dos diferentes canais sensorio-perceptuais que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra.”*

NETO et al., 2004

27

### Comunicação em cuidados paliativos

**As queixas dos doentes:**  
Não serem ouvidos  
Não receberam informação  
Sentiram falta de respeito e falta de preocupação pelo seu estado

**Porquê melhorar a comunicação?**  
Aumenta-se a compreensão e a lembrança do que é dito  
Doentes ficam mais satisfeitos  
Melhor consentimento informado  
Aumenta-se a adesão ao tratamento  
A recuperação da doença e da cirurgia pode ser mais rápida e menos stressante

28  
(adaptado de Ley, 1988)

### Competências básicas de comunicação - ESCUTA ACTIVA -

- Preparar antecipadamente o Contexto/Ambiente
- Preparar o conteúdo da informação
- Iniciar a comunicação ao nível do olhar do doente
- Fazer questões abertas
- Responder à agenda do doente
- Observar e responder às emoções
- Perguntar antes de responder
- Interessar-se pela vida do doente (e não apenas pela doença)
- Demonstrar Atenção / Interesse.

29

### Más noticias

*“Qualquer informação que envolva mudança drástica na perspectiva do futuro num sentido negativo.”*

Buckman R.

Meredith et al, Escocia. Em 250 doentes de cancro:  
79% desejavam ter máxima informação  
96% desejava saber se a sua doença estava relacionada com o cancro  
91% queria saber as possibilidades de cura  
94% queria saber efeitos secundários do tratamento

Gomez Sancho et al, Espanha. Em 6.783:  
85,77% gostariam de ser informados se estivessem doentes de cancro  
58,67% informa habitualmente aos seus doentes

30



### DOR

*"Dor é aquilo a que o paciente chama sofrimento."*

Twycross, 2004

37

### Dor na População Portuguesa

- 73,7% dos indivíduos manifestou ter tido pelo menos um episódio de dor;
- 49,6% dos indivíduos manifestaram ter sentido mais de um tipo de dor;
- As dores mais frequentes foram:
  - dores lombares (51,3%)
  - dores osteoarticulares (45,2%)
  - dores de cabeça (34,7%)
- Na intensidade da dor, considerada na sua globalidade, 46,7% dos respondentes referiu sentir uma dor moderada a forte;
- As principais atitudes tomadas perante a dor foram:
  - "tomar medicamentos prescritos anteriormente" (35,2%)
  - "não fazer nada" (33,7%)
  - "consultar o médico" (17,3%)

INSA, 2003

38

### Factores que influenciam o limiar da dor

Aumentam Limiar de dor	Diminuem Limiar de dor
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo de Sintomas</li> <li>• Melhoria da Qualidade do Sono</li> <li>• Descanso</li> <li>• Relação Empática</li> <li>• Acompanhamento</li> <li>• Distração</li> <li>• Sentido de Humor</li> <li>• Redução Níveis de Ansiedade</li> <li>• Analgésicos, Ansiolíticos</li> <li>• Antidepressivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insónia</li> <li>• Cansado</li> <li>• Ansiedade</li> <li>• Trabalho</li> <li>• Depressão</li> <li>• Abandono Social</li> <li>• Mal-estar</li> <li>• Censuração do Silêncio</li> </ul>

39

### Dor Total

<b>Física</b> Outros Sintomas Efeitos Indesejáveis do Tratamento Insónia e fadiga crónica	<b>Social</b> Preocupações familiares e económicas Perdas emprego, prestígio e rendimentos Perda posição social, papel família Abandono, Isola!
Dor Total	
<b>Psicológica</b> Atrasos de diagnóstico, insucesso terap. Desilustação e desamparo Medo da dor, morte	<b>Espiritual</b> Porque abandonaste Deus? Para que serve tudo isto? Significado, finalidade, perdão?

40

### Problemas em Avaliar a Dor

- A dor é sempre subjectiva;
- É difícil encontrar elementos objectiváveis, o que leva a que os profissionais a subestimem a dor.

**O doente é o melhor avaliador da sua própria dor.**

41

### Avaliação da dor

**EVA (escala visual Analógica)**

**EN (Escala Numérica)**

42

### Avaliação da dor

**EF (Escala das faces)**

6 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)

**EDV (escala descritiva verbal)**

43

### Avaliação da dor na pessoa não-verbal

**Heteroavaliação**

Escala Doloplus 2 (<http://www.doloplus.com>)

- Indicada para a **avaliação comportamental** da dor em doentes incapazes de comunicar e com défices cognitivos.
- Consiste na observação do comportamento do paciente em dez situações diferentes, agrupadas em três dimensões:
  - Somática
  - Psicomotora
  - Psicossocial
- Validada em para Portugal.

44

### Tipos de dor

**Pela origem**

- Dor Nociceptiva
  - Dor Somática
  - Dor Visceral
- Dor Neuropática
- Dor Psicógena

**Pela intensidade**

- Leve
- Moderada
- Severa

**Pela duração**

- Dor Aguda
  - Oncológica
  - Não Oncológica
- Dor Crónica

45

### Escala da dor modificada

<b>Primer escalón</b>	<b>Segundo escalón</b>	<b>Tercer escalón</b>
<b>Analgésicos no opioides</b>	<b>Opióides débiles</b>	<b>Opióides potentes</b>
— AINE: — Paracetamol — Metamizol	— Codeína — Dihidrocodona — Tramadol	— Morfina — Fentanilo — Oxycodona — Metadona — Buprenorfina
Pueden asociarse a los fármacos de primer escalón en determinadas situaciones.	Pueden asociarse a los fármacos de primer escalón en determinadas situaciones.	Pueden asociarse a los fármacos de primer escalón en determinadas situaciones.

Possibilidade de usar coadjuvantes en cualquier escalón según la situación clínica y causa específica del dolor.

Guia de prática clínica sobre cuidados paliativos, 2008

46

### Opióides

- Codeína
- Tramal
- Morfina
- Fentanil
- Oxycodona (não existe em Portugal)
- Metadona
- Hidromorfona
- Buprenorfina

47

### Morfina

- Essencial pelas formulações disponíveis
- Comprimidos, em suspensão, libertação imediata, libertação prolongada, rectal, sc, ev.
- Dose inicial: 5-10 mg oral de 4-4h, com resgate de 2,5 a 5mg de hora a hora.
- Metabolização 90% hepática.
- *Sevredol®*, *MST®*, *Oramorph®*.

48

### Fentanilo


- 80 a 100 vezes mais potente que a morfina
- Metabolismo hepático e eliminação renal
- Transdérmico (troca cada 72h) e Transmucoso (1-3h de efeito, início 5-10min)
- *Durogesic, fentanilo, abstral e actiq*
- Resgate com morfina ou FTM



40

### Buprenorfina

- *Transtec® (transdérmico), BuprenorfinaMG Sublingual.*
- troca a cada 72h
- Concentrações plasmáticas atingidas ao fim de 11-21h



50

### Hidromorfona


- Eficaz e seguro como alternativa à morfina
- Metabolismo hepático parcial
- Início 30 min, de 4-4h.
- Resgate com morfina ou FTM



51

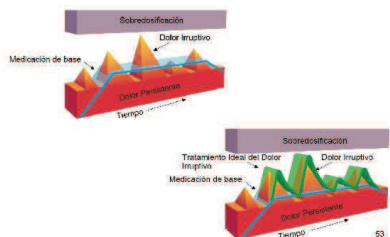
### Metadona

- Eficaz no tratamento da dor como alternativa à morfina
- Boa eficácia na dor neuropática



52

### Dor Irruptiva



53

### Efeitos Secundários do Opióides

- Obstipação (laxantes – deve evacuar ao fim 3dias)
- Náuseas e Vômitos (transitório 3-5dias)
- Sonolência (transitório 3-5dias)
- Depressão respiratória (muito raro)

**Vigiar sinais Neurotoxicidade induzida por opióides**

54

Fármacos	Indicações
<b>Antidépansivos</b> Tricíclicos: amitriptilina, imipramina Inibidores da recombinação de neurotransmissores: noradrenalina (RNAD), duloxetina, venlafaxina Inibidores seletivos da recombinação de serotonina (SRSS): fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram Ovos: trazodona	• Dor neuropática? (Bridgman, Gabriniel) • Dor associada a depressão ou ansiedade
<b>Anticonvulsivantes</b> Carbamazepina, gabapentina, pregabalina	• Dor neuropática?
<b>Analgésicos locais</b> Lidocaína, ropivacaína	• Dor neuropática? • Dor musculoesquelética (espasticidade)
<b>Antipsicóticos de 1ª e 2ª geração</b> Haloperidol	• Distúrbios do sono • Dor neuropática (relaxante)
<b>Corticóides</b> Dexametasona, metilprednisolona, hidro	• Análise, inalação, compressão medular • DDA, medicação óssea, aumento de pressão intracranial, distúrbios intestinais
<b>Relaxantes musculares</b> Clonazepam, metaxolona, baclofeno	• Dor musculoesquelética • Espasticidade muscular
<b>Seredocaprilina**</b>	• Ansiedade associada à dor***
<b>Etiofona</b> Pramfetamato, anelido etilclonico	• Útil em caso de medicação óssea***
<b>Tranquilizantes</b> Zolpidem, lorazepam, clonazepam-12	• Útil em caso de medicação óssea***

\* Via orotica. \*\* Via orotica. \*\*\* Via orotica. \*\*\*\* Via orotica. \*\*\*\*\* Via orotica.

- ### Medidas não farmacológicas
- Acupuntura
  - Musicoterapia
  - Aromoterapia e massagem
  - Relaxamento muscular
  - Hipnoterapia

- ### Via Subcutânea
- Baixo custo;
  - Manutenção de concentrações plasmáticas de fármacos ao longo do tempo;
  - A agulha pode permanecer no mesmo local por períodos até uma semana;
  - Mais cômoda – confortável, para o doente;
  - Menos dolorosa;
  - Menor risco de hematoma;
  - Pode ser usada em casa ou no hospital;
  - Injeção simples;
  - Menor risco de edema pulmonar;
  - Pode ser iniciada e terminada em qualquer local e em qualquer altura;
  - Sem risco de formação de trombos;
  - Não causa sepsis ou infeção sistémica;
  - Permite a mobilidade do doente;
  - Quando a infusão continua – podem administrar-se um ou mais fármacos, na mesma seringa.

### Via Subcutânea

Fármaco	Compatibilidade
Buflscopolamina	Morfina, Haloperidol, levomepromazina, midazolam, octreotido
Dexametasona	Não misturar
Diclofenac	Não misturar
Haloperidol	Morfina, tramadol, buflscopolamina, metoclopramida, levomepromazina, midazolam, octreotido
Levomepromazina	Morfina, buflscopolamina, metoclopramida, haloperidol, midazolam, octreotido
Metoclopramida	Morfina, tramadol, buflscopolamina, metoclopramida, levomepromazina, midazolam, octreotido
Metadona	Midazolam
Midazolam	Morfina, buflscopolamina, metoclopramida, haloperidol, levomepromazina, octreotido
Morfina	Buflscopolamina, metoclopramida, haloperidol, levomepromazina, midazolam, octreotido
Octreotido	Morfina, buflscopolamina, metoclopramida, haloperidol, levomepromazina, midazolam
Tramadol	Haloperidol, metoclopramida



**“No principio da vida, quando somos crianças, precisamos dos outros para sobreviver (...) e no fim da vida, quando ficamos como eu, precisamos dos outros para sobreviver, certo? (...)”**

**Mas o segredo está aqui: entre uma coisa e a outra, também precisamos dos outros.”**



(As Terças com Morrie, 2006)



### Bibliografia

- > BARBOSA, Arénio; NETO, Isabel Gabriela – **Manual de Cuidados Paliativos**, 2ª Edição, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Março de 2010. ISBN 978-972-8349-22-6.
- > MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Decreto-Lei 101/2006 – Redes de Cuidados continuados**.
- > GÓMEZ-BASTISTE – **Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos**, Arán, 2005. ISBN 84-96913-66-6
- > ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS – **Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Recomendações – Maio de 2006** [www.assocpaliativos.org](http://www.assocpaliativos.org)
- > GÓMEZ-BASTISTE, Xavier et al. – **Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos**. Med Clin (Barcelona). 2010. Vol. 135. p. 63-69
- > CAPELAS, MANUEL LUIS – **Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal**. CADERNOS de Saúde, Vol. 2, Nº1, 2008. p. 51-57. ISSN 1647-6558.
- > CAPELAS, MANUEL LUIS – **Equipas de Cuidados Paliativos Domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal**. CADERNOS de Saúde, Vol. 3, Nº2, 2010. p. 21-26. ISSN 1647-6558.
- > World Health Organization - **National Cancer Control Programmes: Policies and management**. Geneva, 2nd Edition, 2002. ISBN 924154551 7.
- > TWY/CROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**, 2ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores, Novembro de 2003. ISBN 972-796-093-6.
- > MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Direcção Geral de Saúde, Conselho Nacional de Oncologia, 2004.