

RELATÓRIO DE MESTRADO DA PRÁTICA CLÍNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidar do Cuidador

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, realizada sob a orientação científica da Mestre Ângela Sofia Lopes Simões, Assistente Convidada da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco

O presente trabalho académico
não se encontra redigido segundo
o novo acordo ortográfico.

A autora

Dedico este relatório
a todos os doentes crónicos em fim de vida e suas famílias
para que possam ter o seu sofrimento mais aliviado
com a ajuda de uma equipa especializada em
Cuidados Paliativos.

Agradecimentos:

No caminho que se faz caminhando há sempre pedras que tem sido necessário contornar, daí a preciosa ajuda a quem eu agradeço:

Ao meu filho Eduardo e meu marido Vítor pela infinita paciência.

Aos meus pais Isabel e José, e sogros Idalina e Diamantino pela sua presença constante.

À Equipo De Soporte De Cuidados Paliativos Del Área De Salud De Coria.

À Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Beja +.

Às colegas da Pós-graduação em Cuidados Paliativos.

À minha amiga Magda Santos pelo companheirismo nesta etapa.

À Orientadora Ângela Simões pela sua calma e disponibilidade.

À professora Paula Sapeta, eterno ícone de sabedoria, profissionalismo e acima de tudo acérrima Paliativista.

A todos aos que sempre acreditaram em mim, mas também aos que nem sempre acreditaram, mas que graças à sua incredibilidade me fizeram lutar.

A Deus e aos Anjos que me acompanham...

A todos o meu

Bem-Haja

“Aprende a Morrer, e Aprendes a Viver.”

Mitch Albom

*“Que eu seja capaz de ser trigo que nasce tanto na terra árida como na fértil, e que tenha a bênção de Deus sempre que **cuidar** e ajudar uma pessoa.”*

“Cuidar sempre como gostaria de ser cuidada.”

Valentina Gonçalves

Resumo

Os cuidados paliativos são uma área do bem cuidar por excelência ou seja cuidar o ser humano com a dignidade e respeito que merece.

A sociedade tem vindo a desumanizar os cuidados em fim de vida, pois devido à evolução da tecnologia, os cuidados prestados a um doente estão quase sempre virados somente para a cura, o que por vezes acarreta uma esperança irrealista perante de uma luta quase sempre inglória.

O presente relatório de Mestrado é o culminar de um ciclo de estudos de formação avançada em que é consolidada e fundamentada a Aprendizagem e o Saber. Ao longo dos capítulos são descritas as vivências da prática clínica realizada em duas equipas de Cuidados Paliativos, a Equipa de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de Coria e a Equipa Comunitária de Soporte em Cuidados Paliativos de Beja+. É também apresentado um Projecto de Intervenção que pretendo efectuar no meu serviço para o Cuidador Informal que tem por nome “Cuidar do Cuidador”.

Numa óptica de reflexão e análise, pessoal e profissional, aqui deixo o meu testemunho.

***Palavras-Chave:** Cuidados Paliativos; Comunicação, Cuidar, Cuidador Informal, Família.*

Abstract

Palliative care is an area of excellence and caring which main purpose is caring human being with dignity and the respect they deserve.

Society has been dehumanizing end of life care, because of the evolution of technology, the care of a patient is almost always turned to the only cure, which sometimes causes an unrealistic hope against an almost inglorious fight.

This academic work is the culmination of a cycle of advanced studies, the Master which allows to consolidate Learning and Knowledge bases in evidence. Throughout the chapters I describe the experiences of clinical practice carried out in two teams of Palliative Care, “Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Area de Salud de Coria” and Community Support Team in Palliative Care: Beja+. It also presents an Intervention Project that I intend to make in my service for the Informal Caregiver and named "Caring for the Caregiver." From the perspective of reflection and analysis, personal and professional, here I leave my testimony.

Keywords: Palliative Care, Communication, Care, Informal Caregivers, Family

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1 - EQUIPAS de CUIDADOS PALIATIVOS - PRÁTICA CLÍNICA	4
1.1 -Justificação dos campos de estágio	4
1.2 - Caracterização dos Serviços.....	6
1.2.1 - Equipo De Soporte de Cuidados Paliativos Del Área de Salud De Coria	6
1.2.2 - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Beja+	8
1.3 Reflexão Crítica da Prática Clínica	10
2. - AVALIAÇÃO CRÍTICA DAS ACTIVIDADES E OBJECTIVOS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	14
2.1 Objectivos Específicos e Respectivas Actividades Desenvolvidas:.....	16
3.-Projecto de Intervenção “Cuidar do Cuidador”	27
3.1 - Plano Pedagógico da Formação	29
3.1.1 - Contextualização	29
3.1.2 - Diagnóstico De Necessidades.....	33
3.2 Proposta apresentada à equipa da ECCI no Centro de Saúde de Castelo Branco.....	35
CONCLUSÃO	39
BIBLIOGRAFIA	41
APÊNDICES.....	43
APÊNDICE 1	44
APÊNDICE 2	57
APÊNDICE 3	64
APÊNDICE 4	78
APÊNDICE 5	89
APÊNDICE 6	118
APÊNDICE 7	126

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Prática Clínica e Projecto De Intervenção

4

Abreviaturas

ACES BIS - Agrupamentos de Centros de Saúde Beira Interior Sul

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados Paliativos

DGS - Direcção Geral de Saúde

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESALD - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

IPCB - Instituto Politécnico de Castel Branco

PLNCD - Plano de Luta Nacional Contra a Dor

PNCP - Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ULS - Unidade Local de Saúde

INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge no decorrer da conclusão do 1.º Mestrado em Cuidados Paliativos, leccionado na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias integrada no Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este Mestrado apresenta-se como a conclusão de um ciclo de estudos iniciado na 2.ª Pós-Graduação no ano lectivo de 2010/2011 de Cuidados Paliativos na mesma escola. Teve como período de tempo um semestre de 16 de Janeiro a 16 de Julho de 2012 e que abrangeu 300 horas de prática clínica culminando com o presente documento.

A orientação da prática clínica e elaboração deste relatório foi realizada pela Enfermeira e Mestre Ângela Simões. Os dois campos de estágio foram tutorados pelo Dr. Raul Pousada na Equipa de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de Coria e pela Enfermeira Catarina Pazes na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Beja+.

O relatório de estágio, tem como objectivo primordial divulgar e descrever de forma autêntica através de uma reflexão crítica pessoal, o percurso feito ao longo destes seis meses de estágio, e que teve como guia o Projecto de Preparação à Prática Clínica e Relatório (Apêndice 1) em que foram delineados os objectivos gerais e específicos, as competências, as actividades e o Projecto de Intervenção.

Segundo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (1), estes cuidados são um elemento essencial dos cuidados de saúde que requer apoio qualificado, e que devem incluir o apoio ao doente e à família, em internamento ou no domicílio. Ainda segundo o PNCP (1) estes cuidados tem como componentes essenciais, o alívio de sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional, o apoio no luto e a interdisciplinaridade.

Definindo os Cuidados Paliativos segundo Harlos (2), estes são cuidados prestados na aproximação do fim de vida ou no decorrer de um processo patológico crónico que têm como objectivo principal: maximizar a qualidade de vida e conforto dos doentes que se aproximam do período final das suas vidas, aliviando-os do seu sofrimento e prestando-lhes cuidados holísticos, assim como às suas famílias.

Como enfermeira e tendo por actividade principal “O Cuidar”, sempre me debati pelos cuidados mais dignos e apropriados que respeitem a individualidade de cada Ser Humano. Daí a minha busca pelo conhecimento que me levou a procurar a formação que satisfizesse a vontade de melhorar os meus cuidados mas também que me ajuda-se a crescer como Ser Humano que Sou.

Segundo Colliere (3), “Cuidar é por essência permitir a alguém com dificuldade física e/ou psicoafectiva enfrentar a vida quotidiana”. Numa situação de doença crónica avançada este acto torna-se prioritário, pois a debilidade da circunstância assim o obriga.

É então como enfermeira e como ser Humano, que senti necessidade de conhecer mais e de enveredar por uma formação que me ajuda-se a crescer não só em termos profissionais mas também e sobretudo pessoais. Ao integrar o Mestrado de Cuidados Paliativos, procurava respostas a questões há muito colocadas. Esta formação beneficiou-me, não só nos meus cuidados profissionais, mas como pessoa ao ajudar-me a reflectir sobre a essência da vida humana.

É sobretudo na temática do Cuidar que o meu relatório se vai focar, pois ao ter sido sensibilizada por duas grandes obras “Às terças com Morrie”(4) e a “Morte de Ivan Ilitch” (5), e sobre as quais já fiz uma reflexão cuidada, levou-me a que a minha visão sobre um doente ou os seus familiares estivesse sempre vocacionada para um Cuidado que proporcione o bem-estar e a qualidade de vida.

No projecto de preparação à prática clínica e relatório defini como objectivos gerais:


- Compreender e aplicar os valores e princípios dos Cuidados Paliativos na minha prática assistencial;
- Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, bem como à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos Cuidados Paliativos, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar;
- Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática dos Cuidados Paliativos;
- Desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes Equipas de Cuidados Paliativos, em regime de apoio domiciliário, em Portugal e Espanha;
- □ Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de Estágio Clínico, mediante a elaboração de um relatório final e da elaboração/effectivação de um Projecto de Intervenção em Cuidados Paliativos no meu Local de Trabalho


A Prática Clínica realizou-se em 2 Serviços de Cuidados Paliativos directamente ligados à comunidade, uma vez que exerço a profissão de Enfermagem, nos Cuidados de Saúde Primários. Assim estive 15 turnos em Espanha na “*Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de Coria*” com um horário de segunda a sexta entre as 8h e as 15h, e 10 turnos na “*Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Beja*”, que labora de segunda a sexta entre das 9h às 17h. Por fim realizei 12 turnos onde exerço a minha actividade profissional no Centro de Saúde de Castelo Branco fazendo uma proposta de um projecto de intervenção direccionado ao Cuidador Informal com a cooperação da ECCI, como assim demonstra o cronograma seguinte:

PRÁTICA CLÍNICA E PROJECTO DE INTERVENÇÃO

	FEVEREIRO				MARÇO				ABRIL				JUNHO				JULHO
	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semana
ALUNA	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	1. ^a
Valentina Gonçalves			15							10				12			

LEGENDA

 Equipa CP Coria (15 turnos)

 Equipa CP Beja (10 turnos)


 Centro de Saúde de Castelo Branco (12 turnos)

Tabela 1 - Cronograma da prática Clínica e Projecto de Intervenção

Este documento divide-se em três partes em que na primeira faço a descrição dos campos de estágio da prática clínica, na segunda parte descrevo pormenorizadamente a minha prática clínica e da forma como atingi os objectivos propostos através das actividades realizadas e na terceira parte faço a apresentação do projecto de intervenção que desenvolvi no Centro de Saúde de Castelo Branco.

1 - EQUIPAS de CUIDADOS PALIATIVOS - PRÁTICA CLÍNICA

1.1 -Justificação dos campos de estágio

O Mestrado em Cuidados Paliativos revelou-se, ao longo destes dois anos, um desafio grandioso a nível profissional mas também a nível pessoal. A autotransformação foi-se desenvolvendo à medida que as aulas iam decorrendo e era crescente a vontade de poder experienciar mais directamente o trabalho de uma equipa de Cuidados Paliativos. No decorrer da 2.ª Pós-Graduação foram vários os professores, na sua maioria profissionais de saúde, que leccionaram e que transmitiram muitas das suas experiências e o gosto pelo seu trabalho.

A continuidade do ciclo de estudos veio então trazer a oportunidade de poder escolher os campos de estágio onde pudesse fazer a prática clínica. Ingressei assim em estágio em dois Serviços de Cuidados Paliativos directamente ligados à comunidade, pois sou enfermeira há 6 anos e sempre exerci a minha profissão nos Cuidados de Saúde Primários. Perspectivei e fiz assim 15 turnos em Espanha na cidade de Cória região da Estremadura na “*Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de Coria*” com um horário de segunda à sexta das 8h às 15h, bem como 10 turnos na “*Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Beja*” de segunda à sexta-feira das 9h às 17h. Os 12 turnos destinados ao projecto de intervenção na temática dos cuidados paliativos, foram realizados onde exerço a minha actividade profissional, no Centro de saúde de Castelo Branco.

A escolha para o primeiro campo de estágio onde fiz 15 turnos a “*Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de Coria*” em Espanha foi uma opção não só por uma questão de proximidade à minha área de residência mas também porque os Cuidados Paliativos da região da Estremadura espanhola estão implantados desde 2002, ou seja as equipas já têm 10 anos de experiencia nesta área, e seria importante conhecer como trabalhava uma equipa de Espanha com uma organização coesa a trabalhar há muitos anos.

No segundo campo de estágio tive o privilégio de integrar a “*Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Beja*” durante 10 turnos, a preferência por esta equipa surgiu pelo facto de numa das aulas da Pós-Graduação de Controlo de Sintomas termos tido como formadora a Enfermeira Carina Pazes e devido ao seu testemunho de gosto pela equipa com que trabalhava, e à sua forma de defensora da propagação dos Cuidados Paliativos na sua área de trabalho. Conhecer o trabalho de uma equipa portuguesa a trabalhar mais directamente na comunidade foi também o principal objectivo.

A experiencia em campo de um estágio clínico é mais um complemento à valorização profissional com um grande acréscimo para o pessoal. Senti ser importante complementar a teórica com a prática pois só assim o conhecimento fica mais e melhor consolidado conseguindo eu também melhorar as minhas actividades de enfermagem.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (6), o profissional de enfermagem deverá manter uma actualização contínua dos seus conhecimentos, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas (artigo n.º 88), tem também o dever para com a comunidade respondendo adequadamente às necessidades em cuidados de enfermagem (artigo n.º 80). Deve manter o respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, valorizando a vida e a

qualidade de vida de todo o ser humano de modo a recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante (artigo n.º 82).

Assim conduzindo-me pelos valores deontológicos da minha profissão e tendo sempre em vista a ética profissional e a moral como valor primordial, decidi melhorar os meus conhecimentos através de uma formação avançada que viesse por si proporcionar melhores cuidados e qualidade de vida aos doentes que cuido mas principalmente tentar prestar alívio no fim de vida aos doentes crónicos e suas famílias.

1.2 - Caracterização dos Serviços

1.2.1 - Equipo De Soporte de Cuidados Paliativos Del Área de Salud De Coria

Realizei a prática clínica na equipa de Suporte de Cuidados Paliativos de Cória entre o dia 20 de Fevereiro e 9 de Março de 2012.

Esta equipa está sob a coordenação do médico Raul Sanches Pousada, que é formador no Módulo de Controlo de Sintomas 1, A Dor, na Pós-Graduação actualmente Mestrado na ESALD.

As 8 equipas que se encontram em actividade na região da Extremadura Espanhola, da qual faz parte a equipa de Cória, então no cumprimento do Programa Marco (7), e que consiste num programa regional de Cuidados Paliativos com o principal objectivo de proporcionar à população um conjunto de acções que ajudem a promover a qualidade de vida nos cuidados em doentes crónicos em estado terminal, em dar o apoio necessário às suas famílias e cuidadores, de uma maneira racional, planificada e eficiente.

A Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Coria, tem assistência mista ou seja desempenha funções tanto em meio hospitalar como comunitário. Tem um horário de segunda a sexta-feira, das 8h às 15h, e tem como membros efectivos dois médicos um dos quais a tempo parcial, um enfermeiro e um psicólogo que está presente nas terças e quintas-feiras. Aquando exista a necessidade da intervenção da assistência social, esta é colmatada pela Assistente Social que pertence ao hospital da cidade de Cória, encontrando-se sempre disponível para qualquer eventualidade em que pudesse intervir.

O Programa Marco (7) tem previsto que haja dois tipos de organizações de recursos possíveis, as “Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos” que funcionam em meio hospitalar, domiciliário ou misto e que têm médicos, enfermeiros, psicólogos e assistente social tendo como função a acessoria e consultadoria no cuidado directo a outros pacientes quando outros profissionais o solicitem. As “Unidades de Cuidados Paliativos” são o outro tipo de organização profissional que tem uma estrutura própria com disponibilidade de camas para os doentes.

O espaço físico onde a equipa se encontra actualmente em funcionamento tem óptimas condições de trabalho, uma vez que quando a equipa iniciou as suas actividades encontrava-se numa cave com muitas condicionantes de espaço. Actualmente está localizada no piso 0, e tem 4 gabinetes, um médico, de enfermagem, do psicólogo e uma sala de tratamentos.

Ainda segundo o Programa Marco (7), as equipas de suporte têm critérios de inclusão específicos para o doente e para a sua família tais como:

Para o doente:

- Dificuldade no controlo sintomático e alívio do sofrimento;
- Pouca resposta da terapêutica convencional e a requisição de um tratamento mais complexo;
- Necessidade de tratamentos complexos, e a sua forma de os utilizar devido também à sua complexidade psicossocial;
- Dificuldades de adaptação emocional;

Para a família:

- Dificuldades práticas, emocionais, de cuidados ou de adaptação à situação;

- Risco de luto patológico;
- Claudicação do cuidador informal.

Os registos de todas as actividades e tarefas realizadas, são efectuados no programa informático na plataforma de gestão de doentes, em que são posteriormente imprimidas sempre duas cópias sendo uma delas é arquivada numa capa com um número de caso da equipa de CP e a outra no arquivo geral do hospital onde se encontra a história clínica do doente. O processo clínico que existe no serviço da equipa é composto por toda a informação relevante acerca do doente e tem também um genograma familiar. Este ficheiro que está sempre no serviço poderá estar arquivado na parte dos ficheiros activos ou passivos consoante a situação clínica do doente, ou seja se o doente precisar de cuidados frequentes e por vezes diários, devido ao evoluir da sua doença o seu ficheiro encontra-se na gaveta dos “ficheiros activos”, caso contrário, o ficheiro fará parte dos “ficheiros passivos”, apesar disso os doentes destes ficheiros são contactados por telefone semanalmente pela equipa.

A sua intervenção em meio hospitalar tem como função a acessoria às outras especialidades clínicas, bem como o acompanhamento do doente em caso que esteja internado no Hospital de Cória, tendo também autonomia de internamento directo. Ainda em meio hospitalar existe a consulta externa, em que o doente que tenha condições para ingressar na equipa de Cuidados Paliativos, esteja a ser acompanhado e caso se consiga mobilizar tem consultas regulares com o médico, enfermeiro e caso necessário o psicólogo que poderia consultar o doente após a consulta inicial ou então por marcação. A consulta de psicologia, abrange não só o doente como todo o núcleo familiar, caso haja necessidade efectiva.

Na comunidade articulam-se em conjunto com os Centros de Saúde da área que o Hospital de Cória abrange tendo como principal actividade a visitação domiciliária, que neste caso se realiza sempre que o doente já não consiga sair da sua residência ou então resida muito longe e lhe é difícil dirigir-se ao hospital.

É de ressaltar que o hospital de Cória tem a seu encargo uma área geográfica de saúde extensa em que por vezes para se realizar uma consulta no domicílio se demora quase toda a manhã. Por isso, talvez muitos dos seus cuidados de acompanhamento das situações sejam realizados através do telefone fixo e móvel, todas as segundas-feiras ou sempre que seja pertinente, nomeadamente no dia após uma rotação de opióides por exemplo. Nestas situações é realizada uma consulta telefónica ou pelo médico ou enfermeiro consoante o que esteja mais disponível para o doente ou cuidador principal que esteja a seu encargo para se poderem inteirar da sua situação clínica.

O número está disponível para atender os doentes e seus familiares dentro do horário laboral. Além disso os profissionais de saúde disponibilizam-se para acompanhar o doente em horário pós-laboral como meio de auxílio a alguma eventualidade que surgisse. As 8 equipas de Cuidados Paliativos da Extremadura têm um horário rotativo de atendimento de chamadas móveis em que não estão a trabalhar efectivamente, ou seja das 8 equipas só está disponível o número móvel de uma delas a partir das 15h às 8h do dia seguinte, para assim os profissionais não estarem constantemente sobrecarregados com o serviço nas suas horas de descanso pessoal ou de lazer.

Sempre que há um falecimento em que o doente foi seguido durante algum tempo pela equipa, é feita e enviada à família enlutada uma carta de suporte ao luto.

1.2.2 - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Beja+

A prática clínica exercida na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Beja+, foi realizada entre os dias 9 a 20 de Abril de 2012, com o horário de segunda a sexta das 9h às 17h.

A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Beja+ que se encontra inscrita e reconhecida pela ACP, pertence à ULS Baixo Alentejo que abrange toda a área geográfica do distrito de Beja sendo composta por 2 Hospitais e por 13 Centros de Saúde.

A equipa multidisciplinar é composta no seu total por 10 profissionais de saúde, em que a médica Dra. Cristina Galvão e a Enfermeira Catarina Pazes são os elementos da equipa nuclear acumulando funções de coordenação. Os restantes elementos não estão em exclusividade com a equipa, ou seja 5 enfermeiros estão colocados em vários Centros de Saúde, e a tempo parcial estão também em funções duas psicólogas e uma assistente social.

Encontrando-se sediada no Centro de Saúde de Beja, mas a viatura com que exerce as visitas domiciliárias, encontra-se no estacionamento do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja.

Foi com a equipa nuclear, ou seja a Dra. Cristina Galvão e sob a tutoria da Enfermeira Catarina Pazes que exerci a prática clínica num total de 10 turnos.

Como principais valências esta equipa de CP, dá apoio à comunidade através de visitas domiciliárias, faz o atendimento telefónico, o atendimento presencial não programado, apoia também em regime de consultoria os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, realiza interconsultas hospitalares dando suporte a doentes internados e apoio à consulta no luto.

A equipa nuclear encontra-se contactável 24h por dia tanto para poder dar apoio aos doentes e familiares, como para poder dar assessoria aos colegas, que necessitam de colocar alguma dúvida. Apesar do horário de trabalho ser das 9h às 17h, de segunda a sexta-feira, é na maioria dos dias alargado devido às grandes áreas geográficas a percorrer, mas também devido ao facto de haver sempre casos ou situações que necessitam de uma resolução.

A equipa inicia sempre o seu dia fazendo registos das ocorrências do dia anterior. Os registos são realizados no Centro de Saúde, o registo médico é feito através do programa informático SAM e o de enfermagem pelo SAPE. De seguida prosseguem para a visita domiciliária, dando sempre prioridade a casos que necessitem de uma actuação rápida, ou seja doentes que necessitem de fazer uma rotação de opióides, uma via subcutânea que não esteja funcional ou por vezes situações de agonia em que o cuidador informal ou a família estejam mais ansiosos. Por isto nem sempre conseguem fazer um roteiro certo que tenham programado antecipadamente, tendo por isso na grande maioria das vezes o apoio nos vários casos que seguem, de outros profissionais de saúde que exerçam nas UCSP ou das ECCI/UCC dos diversos centros de saúde.

É na viatura automóvel que passam a maioria o seu dia-a-dia. Tem sempre consigo todo o material que necessitam, entram em contacto com os doentes ou com os seus familiares para poderem saber da situação clínica actual

É também pelo contacto telefónico mas sobretudo por correio electrónico que recebem os novos casos, aos quais posteriormente dão a resposta mais adequada consoante as situações.

Sempre que algum doente que esteja a ser seguido pela equipa seja internado, a equipa procede a uma visita para poder ter uma ligação com o serviço de internamento onde se encontra o doente.

Após o falecimento do doente, caso este tenha sido seguido durante algum tempo, é realizada uma visita domiciliária de apoio ao luto.

Como critérios de inclusão de novos casos, a equipa de CP recebe:

- Doentes que tenham a sua área de residência nos concelhos que a equipa nuclear abrange.
- Doentes com doença crónica e incurável, podendo ser uma doença oncológica ou não.
- Doentes em que haja ineficácia do tratamento curativo.
- Doentes em que haja descontrolo sintomático de situações que tenham tratamentos convencionais.
- Os utentes poderão estar na sua residência em que estejam acompanhados pelo cuidador informal ou então institucionalizados por exemplo em lares.

Mensalmente reúne-se no Centro de Saúde de Beja toda a equipa, onde são expostos os novos casos, são discutidos em conjunto situações complexas e é feita uma formação em serviço pelo colega que ficou destinado a fazer-na na anterior reunião.

1.3 Reflexão Crítica da Prática Clínica

Na introdução referi que muitas das minhas reflexões críticas ao longo do mestrado, vão de encontro às duas obras literárias que li durante a Pós-graduação, “Às Terças com Morrie” (4) e “A Morte de Ivan Ilitch” (5) e que me fizeram meditar bastante acerca das fragilidades humanas aquando a aproximação da morte, temas que levam a ter em consideração a importância dos Cuidados Paliativos na sociedade actual.

O aumento da esperança média de vida actual, não garante por si só que se viva com qualidade de vida, daí a importância destes Cuidados.

A experiência prática, é sempre uma grande mais-valia para obter um conhecimento sólido capaz de dar resposta a muitas dúvidas que se vão colocando durante as aulas teóricas. Assim, a importância de “estar no terreno” e poder ver colocar, e colocar em prática muitas das técnicas que são dadas nas aulas.

Senti ao longo dos 35 turnos que efectuei nas duas equipas de CP uma enorme alegria, pois existe uma vontade de enquanto enfermeira trabalhar nesta área sempre em prol de uma melhoria do bem-estar dos doentes com doenças crónicas incuráveis e suas famílias.

A equipa de CP de Cória, é uma equipa muito robusta e notoriamente bem assente em todos os aspectos, o seu trabalho ao longo destes 10 anos faz dos profissionais pessoas muito competentes.

É de ressaltar que a equipa tem um excelente ambiente relacional, a boa disposição e o bom humor cabia em qualquer situação, tal como o respeito e a dignidade com que cuidavam e tratavam de cada caso. O facto de trabalharem com a “Morte” diariamente e quase exclusivamente, acaba por ser colmatado com a boa interacção que a equipa interdisciplinar promove no seu dia-a-dia.

A equipa tem uma actuação na comunidade e no meio hospitalar, mas o facto de estar sediada no Hospital da Cidade de Cória faz com que a equipa tenha uma prestação muito eficaz. Torna-se mais fácil para os profissionais direccionar os doentes sendo estes “apanhados” ainda numa fase precoce em que ainda se pode ajudar bastante. Por exemplo os doentes que frequentam hospital de dia e que se encontram a fazer quimioterapia, mas que passem a ter critérios de inclusão para a equipa onde os doentes conseguem fazer a primeira consulta por vezes no próprio dia, passando desde logo a ser acompanhados.

Relativamente à equipa de CP de Beja+, o facto de não conseguirem ter um local próprio e gabinetes onde lhes fosse possível desenvolver o seu trabalho, acaba por ser mais difícil a organização do serviço, não tendo assim processos estruturados em papel ao invés da equipa de Coria, uma vez que não tem gabinetes onde possam atender os doentes ou as suas famílias sempre que estes são encaminhados.

A interdisciplinaridade é um factor muito importante numa equipa de CP, pois assim consegue-se interagir com o doente e família mais apropriadamente sempre em consonância com as 4 áreas chave, a comunicação, o controlo de sintomas, o apoio à família mantendo sempre um excelente trabalho de equipa.

A comunicação é uma competência importante quando se pretende transmitir más notícias e questões no final de vida, Pereira, (8). A forma de abordar os doentes e sua família sempre foi

consoante o protocolo de Buckman, isto nas duas equipas. O Dr. Raul Pousada, tal como a Enfermeira Catarina Pazes conseguiam naturalmente abordar temáticas em qualquer situação, fosse com o doente ou até mesmo com a família, era para mim um privilégio conseguir assistir a um diálogo tão bem estruturado que acabava sempre por chegar a bom porto.

Relativamente ao controlo de sintomas, a equipa de CP em Espanha tem sem sombra de dúvidas um leque muito grande de medicação para o controlo da Dor, e têm sempre disponível no serviço para o doente iniciar assim que lhe é prescrito pelo médico. A equipa de Beja tem um conjunto mais pequeno de escolhas de medicação para controlo por exemplo da dor, pelo que é mais limitada a escolha quando é necessário a rotação de opiáceos em comparação com a equipa de Espanha.

O que me deixou acima de tudo fascinada foi a facilidade com que o Cuidador Informal conseguia manipular uma ampola de morfina que poderá ser administrada no cateter subcutâneo num momento em que o doente está com um pico de dor, ou então por e tirar um soro como forma de prevenção à desidratação. A hipodermóclise através de um cateter colocado pela equipa, é um meio muito eficaz de controlo de sintomas Galvão (9).

Na ajuda e apoio à família ambas as equipas estão muito bem organizadas, havendo sempre um tempinho para mais um conforto, pois o sofrimento no final de vida é sem duvida uma das maiores preocupações na Enfermagem Almeida (10).

A escuta activa outro factor importante nos cuidados em fim de vida, é também uma das competências básicas da comunicação. Estava sempre presente qualquer fosse a situação, e aí pude inferir que não são os excessos de palavras que trazem a paz interior a uma família que está desequilibrada emocionalmente, basta um silencio e um aperto menos formal de uma mão, para que se estabeleça-se uma relação de confiança.

As equipas ao chegarem a um domicílio e procurarem uma cadeira para se poderem sentar e ouvir é por vezes mais poderoso que uma forte medicação para a Dor.

Reflectindo sobre um caso que me surpreendeu no Hospital em Coria, um doente que era uma pessoa proveniente do meio rural e demonstrava ter poucos conhecimentos, estava muito queixoso, a dor não estava controlada apesar de estar medicado com uma elevada dose de opióides. Ao lhe ser proposto a ida para uma Unidade de Cuidados Paliativos, em que poderiam cuidar melhor dele, ele teve uma óptima resposta “Sim, eu quero ir, vale mais viver um mês sem dor que 4 meses de vida neste estado”. O doente apesar de ser uma pessoa iletrada, teve uma visão de sábio, ele percebeu a situação dele e decidiu que não valia a pena continuar a lutar com a eminência da Morte, mas lutar sim pela qualidade de vida que ainda podia ter.

O agradecimento por parte das famílias é imenso e o reconhecimento do trabalho, mesmo que seja somente o conforto com uma frase empática é o suficiente para que sintam recompensadas “obrigada, nunca ninguém me disse isso”.

Estar em contacto constante com doentes em fase terminal, desgasta equipa de CP, apesar disso o importante nestas duas equipas é reflectirem juntas, ou seja os profissionais sempre que ficavam sozinhos, falavam dos casos e entre si expunham as suas emoções e sentimentos (11).

Estar em duas equipas que trabalham em prol da comunidade que têm por missão ajudar a morrer com dignidade e respeito, fez de mim uma pessoa diferente e uma profissional mais

consciente do sofrimento alheio. Hoje consigo eu própria sair da minha zona de conforto e aplicar o conhecimento que me foi transmitido tanto teoricamente como na prática.

Várias já foram as situações que já consegui actuar no meu serviço apesar de ser sozinha a fazê-lo e a lutar contra a luta pela cura e o encarniçamento terapêutico tão enraizado no nosso sistema de saúde.

Como já referi as duas obras literárias que modificaram muito da minha maneira de estar e pensar, estão acentuadas no meu dia-a-dia mais ainda depois de ter feito a prática clínica no convívio com duas equipas de saúde que vão muito além do que é imaginável para o Homem dos nossos tempos em que só vive para o materialismo e em redor das aparências. Segundo Morrie (4) *“...a cultura que temos não faz as pessoas sentirem-se bem consigo próprias. Ensina-nos as coisas erradas”*, e a realidade é essa mesma, vive-se numa vida de enganos e futilidades mas principalmente de aparências, em que tudo é mais importante do que os sentimentos e a afectividade pela família e amigos. Acabamos por não compreender que a morte existe e que pode ocorrer a qualquer momento, e mesmo que tenhamos alguma situação de morte próxima a sua negação faz com que não vivamos esses últimos momentos com a pessoa que amamos, impedindo-nos de a ajudar a partir e a “despedir-se” do mundo de uma forma digna. O fato de as equipas actuarem em contexto comunitário, é muito importante para o doente e principalmente para a sua família poder que o seu doente venha a ter os seus últimos dias de vida junto dos seus e seu ambiente familiar do seu lar.

No livro da “Morte de Ivan Ilitch” de Tolstói (5), é retratada a vida, a doença, a morte e o funeral, de um jurista que após uma vida normal mas abastada, com frequentes problemas conjugais, chega ao fim depois de uma doença terminal que o leva a agonizar alguns meses. Este livro levanta muitas problemáticas e toca-me, não só na forma tão desumana e indigna como a personagem principal morre, mas alerta-me principalmente para o mundo de aparências em que se vive. A forma como os seus amigos mais próximos vêm a sua morte, como sendo uma porta aberta para uma fácil ascensão ao poder e a cargos importantes, retrata sem sombra de dúvida a maneira egoísta, materialista e interesseira das relações humanas. Mesmo a sua esposa o único interesse que tinha não era que o seu marido voltasse a ter saúde mas sim que continuasse a ganhar dinheiro para manter e sustentar a casa e a vida de luxo que estava habituada. Infelizmente é este ainda o mundo em que vivemos e no qual eu também me identifico, vive-se sobretudo de aparências e nada mais somos além daquilo que temos.

Ao longo da obra de Tolstói (5), muitas são as passagens que me despertaram a consciência, mas é de ressaltar a frígida relação médico-doente, em que Ivan se identifica e se apercebe que também ele actua com a mesma atitude de altivez nos julgamentos perante um acusado.

Infelizmente passado 100 anos ainda se verifica a forma desumana e infeliz como muito doentes são tratados, antes de realizar a prática clínica eu própria nem sempre era capaz de me confrontar da melhor forma com uma doença terminal. Foi a fase agónica que o protagonista vivenciou que me deixou mais me sensibilizou, e que hoje em dia em se consegue constatar em muitos casos de doenças terminais. A “repulsa” dos que estão no seu leito de morte e a morte numa cama de hospital, na maioria das vezes longe do consolo de um familiar é sem sombra de dúvidas o maior sofrimento de dor de um ser humano.

A nossa sociedade vive somente de aparências e acaba por viver uma vida superficial, salobra mas que só quando se chega ao leito de morte é que se consegue perceber o quanto poderíamos ter vividos felizes em relativizar tantas situações.

Juntando todas estas partes, consigo hoje reflectir sobre o quanto é frágil a vida e o quanto ela passa depressa, por isso o melhor é aproveitá-la.

Segundo Sapeta (12) (...) como objectivo central dos Cuidados, activos e organizados, (...) temos de conhecer o doente em profundidade, de o considerar como singular e de o atender numa perspectiva holística. Isto para que o seu sofrimento consiga ser mais apaziguado e quando estiver perto do seu final de vida que ele consiga partir em paz.

A dignidade com que vi efectuar todos os cuidados prestados e o constante respeito pelo outro enquanto ser humano, teve para mim durante estas 5 semanas, um enorme valor e reflectindo criticamente ajudou-me a crescer enquanto ser humano e enfermeira.

2. - AVALIAÇÃO CRÍTICA DAS ACTIVIDADES E OBJECTIVOS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Os Cuidados Paliativos são, segundo Twycross (13), cuidados activos e totais aos pacientes com doença que constituam risco de vida, às suas famílias, realizadas por uma equipa multidisciplinar.

Cuidar do doente em fase terminal é uma das actividades mais exigente e desgastante a nível físico e psíquico a que estão sujeitos os profissionais de saúde (11).

A frequência no Mestrado em Cuidados Paliativos teve como principal objectivo pessoal e profissional, conseguir atingir um grau de conhecimento e autotransformação para que consiga ser uma melhor cuidadora enquanto enfermeira.

Ao longo desta etapa que culmina com o presente documento, julgo ter atingido com sucesso este objectivo ao qual me propus sempre a mim mesma.

Ao longo deste capítulo vou descrever os objectivos que consegui atingir através das actividades que realizei obtendo assim competências.

As competências que foram propostas pela ESALD que se encontram descritas no Projecto de Preparação à Prática Clínica e Relatório (Apêndice 1), são as seguintes:

COMPETÊNCIAS

- ✓ Integrar os princípios e a filosofia Cuidados Paliativos na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde;
- ✓ Analisar valores e crenças pessoais em diferentes contextos de Cuidados Paliativos;
- ✓ 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 psicossociais e espirituais dos doentes e família;
- ✓ Analisar em profundidade e actuar como consultor em aspectos éticos, legais e culturais inerentes aos Cuidados Paliativos;
- ✓ Comunicar de forma terapêutica com o doente, familiares e Equipa de Saúde;
- ✓ Implementar programas de luto para doentes e familiares;
- ✓ Implementar, avaliar e monitorizar planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da Equipa de Cuidados Paliativos;
- ✓ Promover programas de formação em Cuidados Paliativos.

Para poder obter estas mesmas competências, e chegar a concretizar e atingir os objectivos delineados, propus um conjunto de actividades as quais fui desenvolvendo ao longo do estágio clínico. Somente entendi durante a prática clínica que os objectivos inicialmente traçados poderiam ser demasiado ambiciosos visto que o tempo em que estive com cada equipa foi reduzido. O contacto estabelecido com os doentes e familiares não foi suficientemente prolongado de modo

a que pudesse estabelecer um contacto de maior proximidade e que me levasse a actuar realmente como tinha previsto.

De qualquer modo senti que o meu grande objectivo foi realmente concretizado em plenitude, pois só o facto de integrar o dia-a-dia das duas equipas foi um motivo de grande satisfação.

A ESALD traçou objectivos gerais que deveriam ser cumpridos por todos os mestrandos e posteriormente regendo-se por esses mesmos objectivos gerais traçar objectivos específicos, portanto, os objectivos gerais são:

OBJECTIVOS GERAIS:

- Compreender e aplicar os valores e princípios dos Cuidados Paliativos na minha prática assistencial;
- Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, bem como à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos Cuidados Paliativos, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar;
- Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática dos Cuidados Paliativos;
- Desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes Equipas de Cuidados Paliativos, em regime de apoio domiciliário, em Portugal e Espanha;
- Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de Estágio Clínico, mediante a elaboração de um relatório final e da elaboração/efectivação de um Projecto de Intervenção em Cuidados Paliativos no meu Local de Trabalho.

Seguidamente irei descrever os meus próprios objectivos específicos e quais as actividades que desenvolvi em cada um deles.

2.1 Objectivos Específicos e Respectivas Actividades

Desenvolvidas:

✓ **OBJECTIVO** - *Entender a dinâmica de funcionamento dos serviços e suas respectivas equipas profissionais de Cuidados Paliativos através de uma visita anterior à prática clínica:*

► **ACTIVIDADE:** Integrar as equipas de Cuidados Paliativos no domicílio proporcionando uma favorável comunicação de forma a manter um bom ambiente e uma boa relação com todos os elementos.

A vivência como aluna sendo já enfermeira, exigiu da minha parte um domínio muito grande, percebendo na maioria das situações a minha inexperiência ser inexperiente nesta área.

Nas duas equipas que integrei, tive a plena sensação de ter sido bem acolhida e de ter estado sempre em sintonia com as suas actividades diárias. Pela minha parte quando estava perante um doente e a sua família, fosse no contexto hospitalar ou no ambiente da intimidade de uma casa familiar, houve sempre a conservação do silêncio através do respeito por tudo o que estava a acontecer. A minha interferência em qualquer situação era sempre feita quando houvesse solicitação, ou quando sentisse confiança suficiente. Caso contrário mantive sempre a postura de um elemento de observação pois, sabia que o meu lugar na equipa era transitório.

Foi sobretudo através do método da observação de como as equipas realizavam as suas tarefas que fui aprendendo. Devido ao facto do tempo dos estágios ser limitado a 5 semanas não consegui colocar em prática todo o aprendizado, mas de qualquer forma no meu local de trabalho sempre que aparece uma situação em que tenho de actuar, consigo reflectir e agir conforme aprendi.

O trabalho de equipa em CP é um dos pilares para se obter bons cuidados. Para a OMS () as equipas de CP “Visam melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças que colocam a vida em risco e suas famílias, prevenindo e aliviando o sofrimento através da detecção precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais. São prestados por uma equipa específica.”

O facto de estar em contacto constante com o sofrimento é por vezes difícil manter a boa disposição a toda a hora mas na equipa de Coria prevalecia constantemente o bom humor. E na de Beja eram divididas todas as emoções de forma por vezes a aliviar o peso que se sente. Foi também para mim uma forma de aprendizagem de como se deve estar em equipa.

✓ **OBJECTIVO** *Colaborar na prestação de cuidados à pessoa com doença crónica/avançada tendo em atenção uma postura ética adequada:*

► **ACTIVIDADE** - Intervenção ética correta perante situações e dilemas complexos da prática de Cuidados Paliativos que requeiram alguma análise reflexiva;

Trabalhar com doentes crónicos com doença avançada por vezes terminal, requer uma postura ética por parte da equipa de Cuidados Paliativos, de modo a que se tenha sempre presente os 4 Princípios de Ética Biomédica: O Princípio da Beneficência, o da Não Maleficência, o da Autonomia e da Justiça.

É essencial que haja sempre da parte dos profissionais de saúde um discurso coerente e empático que promova a confiança do doente e da sua família/cuidador principal. Na maioria das vezes pude constatar a dificuldade que é lidar com a Morte e a sua eminência, por vezes os familiares esperam uma palavra de que “vai ficar tudo bem”, mas nestes casos não é o correto, todos os doentes têm direito à verdade. Nomeadamente quando já não é possível a quimioterapia por exemplo responder com eficácia em termos curativos porquê continuar com esta terapêutica que já não trás benefícios. Tem de existir respeito pela dignidade humana, aceitando a morte como uma evolução natural da doença e não como um fracasso da doença (11).

Muitos foram os casos que presenciei com ambas as equipas em que existem dilemas éticos, em que organização e coesão na equipa é fundamental de forma a que todos os elementos consigam ter “a mesma linguagem”, pois na maioria das vezes os doentes e seus familiares procuram diferentes respostas às suas preocupações questionando toda a equipa, na maioria das vezes porque não querem entender o que se passa na realidade.

Um dos casos que pude constatar, na equipa de CP em Espanha foi através de uma comunicação assertiva e seguindo sempre o protocolo de Buckman a equipa conseguiu fazer entender a um doente e seus familiares que o internamento no hospital tinha de ser temporário, pois o que se podia fazer a partir desse momento podia ser realizado no domicílio pela equipa de CP. Foi complicado pois eles recusavam-se a parar a terapêutica quimioterápica e não queriam ser seguidos pela equipa.

A negação do avanço da doença por parte do doente e seus familiares é das situações mais difíceis de gerir por parte da equipa multidisciplinar. Apesar de ter de se respeitar a autonomia individual de um doente é importante conseguir fazê-lo entender através de uma relação empática, o que é melhor para ele e por sua vez para a sua família. Posteriormente a isso segundo Oliveira (11), estabelecer uma relação de ajuda e um plano terapêutico para todos.

É na individualidade, no respeito pela autonomia e liberdade de escolha de cada caso que as equipas de CP têm de actuar. Segundo Twycross (13), os médicos actuam muitas das vezes como se os doentes tivessem obrigação de aceitar o tratamento que lhes é recomendado (...) eles têm sim de discutir quais as escolhas e as implicações dos tratamentos.

A imposição poderá ser entendida como um bem-querer, mas acaba não obedecer aos princípios básicos da beneficência e da não maleficência, isto porque segundo Oliveira (11) citando Antunes, os profissionais da saúde devem respeitar a vontade do doente na óptica do seu melhor interesse no sentido que a acção deve ser realizada sem prejudicar o doente.

O princípio da justiça é também importante nos dias que vivemos, pois tem de se saber dividir justamente os recursos na sociedade, o que muitas das vezes é um grande problema.

Os casos que mais vivenciei, foi acerca da obstinação terapêutica e da crença excessiva de que uma cirurgia poderia resolver o problema, por parte do doente e das suas famílias. Recordo uma situação em Coria em que um Senhor com 60 anos tinha já um tumor totalmente disseminado. Toda a família bem como o doente recusavam-se a aceitar que tinha de se parar a quimioterapia, e que não havia de momento critérios para fazer radioterapia como tinha sido acordado há uns meses com a Oncologia. Não foi fácil esta batalha, o doente tinha imensas queixas de dor apesar de se estar a administrar doses elevadíssimas de opiáceos. A família numa profunda conspiração do silêncio não conseguia ajudá-lo efectivamente. Teve que ser através da consulta de psicologia

familiar, que com custo o doente aceitou, que se conseguiu fazer entender o porque de parar um tratamento e não continuar à procura da cura mas sim proporcionar a melhor qualidade de vida até ao fim.

Depois deste momento, o doente rendeu-se à evidência da evolução da doença, e as dores que não seriam somente físicas começaram a abrandar e houve um notório alívio do seu sofrimento.

Foi importante neste caso colocar em cima da mesa toda a situação real da doença, e explicar sempre com base em todas as normas de uma comunicação assertiva e nos princípios éticos toda a real situação clínica e deixar que seja o doente a perceber e a escolher o que é melhor para si.

Provavelmente o tempo de vida terá sido o mesmo, as acções paliativas não tem por objectivo encurtar a vida a nenhum paciente, mas o importante é que enquanto se vive que seja com qualidade de vida. Neste caso prático estiveram envolvidas todos os princípios éticos importantes nos CP mas também a comunicação assertiva como forma de ajuda no alívio do sofrimento.

É importante prevalecer sempre no cumprimento das regras da ética e de acordo com a deontologia profissional, pois só assim se consegue promover efectivamente qualidade de vida e respeito pela pessoa que se cuida.

- ✓ **OBJECTIVO** - *Presenciar conferências familiares de forma a conseguir entender a dinâmica de uma comunicação eficaz:*
- ✓ **OBJECTIVO** - *Conseguir promover uma relação de ajuda eficaz ao doente e à sua família através da comunicação assertiva, entendendo também a sua comunicação não-verbal;*
 - ▶ **ACTIVIDADE** - Participação e intervenção nos cuidados necessários ao doente com doença crónica/avançada e à sua família mantendo uma comunicação assertiva;
 - ▶ **ACTIVIDADE** Promover o respeito pelas necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais e a conservação da dignidade humana através da manutenção da qualidade de vida de todos os doentes com uma doença crónica/avançada e seus familiares;
 - ▶ **ACTIVIDADE** - Avaliar os problemas familiares onde exista a conspiração do silêncio, proporcionando o diálogo das diferentes partes.

Juntei estes dois objectivos porque convergiram para a realização das mesmas actividades, indo ambos de encontro à comunicação e ao apoio à família.

Como nunca assisti uma verdadeira conferência familiar apesar de ter presenciado imensas consultas tanto no hospital como no domicílio, em que o doente estava sempre acompanhado da família ou então somente pelo Cuidador Informal, sempre observei que as equipas tinham em conta a forma como comunicavam ao mesmo tempo que mantinham uma postura empática, um diálogo assertivo e uma escuta activa e passiva.

Nunca estive presente numa conferência familiar real, mas muitos foram os momentos em que foi necessário ter conversas definitivas e decisivas com o doente e seus familiares presentes, em que estava em causa a transmissão de uma má notícia, ou então uma decisão por parte do

doente. Por exemplo, onde ele pretendia vir a falecer em casa, no hospital ou até numa Unidade de Cuidados Paliativos.

Um caso que me marcou bastante, foi uma doente de 53 anos residente num dos concelhos de Beja e acompanhada pela equipa no seu domicílio. Na primeira visita domiciliária que assisti, foi-me transmitida a história desta senhora. Quando lhe foi detectado um cancro do colon ela tinha ficado muito revoltada, e nunca aceitou o evoluir da doença, mesmo quando as forças começaram a desaparecer. Actualmente encontrava-se acamada e apresentava toxicidade por opióides da qual ainda tinha sinais visíveis, tal como a sudorese intensa e mioclonias.

Numa das visitas para ser revista a medicação, constatamos que a senhora estava com maior debilidade e poderia entrar a qualquer altura em fase agónica. Tinha como cuidador principal o marido e tinham ao seu encargo um neto de 9 anos. Estava instalada naquela casa uma conspiração do silêncio que amargurava a doente e deixava muito inquieto o prestador de cuidados. Todos já se tinham apercebido da inevitabilidade da Morte, mas não se conseguia falar sobre o assunto. Admirei a forma como a enfermeira e a médica depois de se ter trocado os dois cateteres um da medicação e outro para o soro, se sentaram na cama, chamaram o marido e pegaram na mão da doente. Estabeleceu-se naquele momento uma conversa franca e verdadeira que há muito tempo era esperada. A doente percebeu o que há muito negava e pediu para nunca sair da sua casa *“Já que há uma força que me puxa para morrer, então que eu morra em casa...”* referiu ela. Qualquer que fosse o seu estado, não queria ir para o hospital. Falou-se do neto, ela pediu para ser a equipa a transmitir a agudização da sua doença. Senti que depois de tanta luta, de tanta revolta, encontrou a paz e esta começou a morar no seu coração. Foi um momento importante para aquela doente que nunca aceitou a sua doença, mas que confrontada com a vencibilidade desta *“redimiu-se”*. Passados dias entrou realmente em fase agónica e o seu leito de morte foi a cama onde toda a sua vida dormiu com o seu marido, o seu hospital foi a sua casa e os cuidadores foram para além da equipa de CP o marido que esteve sempre ao seu lado e a acompanhou até ao fim. Senti que por mais lutas e por mais fugas que se tentem ter à doença, quando ela tem de seguir o seu caminho não há nada que a consiga fazer parar. Vale mais aceitar e partir em Paz no aconchego do seu lar, junto daqueles que se ama.

Assim segundo André (14) *...é necessário compreender o processo global vivenciado pela família cuidadora do parente doente e fragilizado, no âmbito dos domicílios, porque a doença provoca em qualquer pessoa uma alteração completa e complexa nas suas diferentes esferas: física, mental, social e espiritual. Foi importante para a doente e para o marido que alguém conseguisse ter aquela conversa através de uma comunicação assertiva, de uma escuta activa respeitando sempre a vontade do doente e ajudando a quebrar um silêncio muito ruidoso que estava instalado nos seus corações. O respeito pela autonomia e capacidade de decisão do doente no processo em que ele é protagonista (11).*

Foi importante neste caso a eficácia de uma boa comunicação pois para Phaneuf (14), este facto só pode ser atenuado através de treino das competências de comunicação, já que à semelhança de qualquer agente terapêutico, a comunicação pode ter consequências boas ou más.

Senti mesmo que o pilar mais importante de todos os pilares é sem dúvida a Comunicação. Neste campo tive o privilégio de contactar com dois mestres exímios na arte da comunicação.

O Dr. Raul Pousada, sempre com base no respeito pelos princípios éticos conseguindo sempre fazer compreender a missão da equipa e quais os valores a ter em conta quando se está perante um Ser Humano no seu final de vida.

Relembro o caso de uma idosa de 90 anos, com um tumor metastático que estava totalmente dependente de terceiros. Residia ainda na sua casa, e fomos visita-la porque estava muito queixosa. Tinha como cuidadores um filho e a nora com idades avançadas. Após a consulta médica à doente e de terem sido prescrita a medicação ideal, a família teve atitudes de quase desprezo pelo que tinha sido feito e hostilizou a equipa pelo facto de a doente não ser internada. Foi de extrema dificuldade conseguir fazer entender àqueles cuidadores que estavam quase a desprezar a sua familiar, qual importância de ela vir a falecer em casa e que não tinha qualquer utilidade um internamento. Mas o Dr. Raul depois de algum tempo e depois de um pequeno confronto de ideias, lá fez entender que era na casa dela que ela deveria permanecer e que tudo o que se faz no hospital nestes casos poderia ser feito em casa, e que podiam contar com o apoio da equipa sempre que fosse necessário.

Apercebemos-mos também do desgaste físico e emocional desta família. Apesar de tudo aceitaram cuidar dela até ao fim, mas esta aceitação deveu-se ao cuidado que houve na comunicação e na relação de ajuda que poderá vir a ser feita no domicílio pela equipa de CP.

A comunicação é um dos verdadeiros pilares dos Cuidados paliativos, pude constatar ao longo da prática clínica, que só através do treino que as diferentes situações nos dão se consegue promover uma relação de ajuda através da comunicação, mesmo que seja de más notícias. Tem de se ter sempre em atenção o respeito, a dignidade e a autonomia e a individualidade da escolha do doente.

Quando se fala em relação de ajuda esta só é realizada quando existe predisposição para ouvir o outro colocando-nos no lugar dele de forma a compreender as suas razões.

Os Cuidados Paliativos são cuidados globais e holísticos e segundo o PNCP (1), têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade. As duas equipas onde estive a realizar a prática clínica, pude observar que a actuação dos profissionais de saúde tinha sempre em todos os cuidados prestados estes componentes, através do respeito e da dignidade com que cuidavam de cada doente e da sua família.

✓ **OBJECTIVO** - *Adquirir capacidades de escuta activa e passiva através dos diálogos com os doentes e seus familiares:*

► **ACTIVIDADE** - Proporcionar uma relação de ajuda através do exercício frequente das competências básicas da comunicação a escuta activa e passiva.

A comunicação em saúde (...) constitui-se uma das ferramentas terapêuticas imprescindíveis, pois permite o acesso à informação de que o doente e a família necessitam para serem ajudados e se ajudarem a si próprios (...) (8).

A comunicação é um importante pilar dos Cuidados Paliativos, segundo Florez (16) os seres humanos têm basicamente dois tipos de comunicação a Verbal e a Não-verbal. Não é só na comunicação “de palavras” que se pode demonstrar ao doente uma relação de ajuda mas o simples

facto de me sentar à sua cabeceira e tocar na sua mão poderia segundo este autor ser uma comunicação de afecto mais importante que a linguagem, bem como o silêncio de um profissional de saúde pode revelar um valor profundo de comunicação em que é demonstrada a afectividade, a compreensão e o apoio perante a situação do doente.

A relação *empática* segundo Florez (16) inclui-se na comunicação não-verbal, e é descrita como sendo uma relação emotiva em que o profissional de saúde consegue sentir o mundo pessoal do paciente, e é diferente da relação *simpática* em que existe piedade e compaixão.

Já diz o povo que “o silêncio diz mais que mil palavras”, a verdade é que a comunicação de um olhar ou de um abraço apertado torna-se é mais benéfico que um medicamento ingerido. Consegui constatar ao longo da prática clínica, a alegria de alguns doentes e suas famílias de ver chegar a equipa. Em alguns casos o cumprimento era sempre precedido de um abraço e de um olhar de entendimento. “Ainda bem que chegaram, obrigado...” dizia a dona Maria depois de um abraço de cumplicidade com a enfermeira Catarina. “Em todo o mês passado ainda fez caminhadas agora já não consegue sair do sofá...” diz o marido. “Pois eu sei que tenho de fazer a minha viagem”, refere Maria.

Senti neste caso quanto trabalho e dedicação a equipa de Beja já tinha feito com esta família. A paz reinava naquele lar em que não se ouviu um choro ou um lamento, mas sim somente agradecimentos à equipa que sempre falou a verdade e nunca os enganou. “O quanto sou feliz, que vida maravilhosa tive com o meu António, quando me for, vou em Paz...” diz Maria.

Para uma eficaz comunicação e para se proceder a uma relação de ajuda efectiva, é importante saber escutar. Para Sancho et al, (16) *saber escutar não é o mesmo que saber ouvir.*, e uma escuta activa tem de ser uma escuta voluntária em que há uma disponibilização efectiva de tempo. Se o doente ou a sua família sentirem que o profissional de saúde está a escutá-lo com atenção, conseguem manifestar os seus sentimentos e ficamos a entender o que é o mais importante para o doente.

Twycross (13) sintetiza o que é comunicar em três pequenos tópicos, mas que são de extrema relevância: diminuir a incerteza do doente e sua família face à situação em que se encontra; aumentar a qualidade das relações estabelecidas e permitir que o doente e família vislumbrem um caminho a seguir rumo ao futuro.

Relembro a situação difícil num domicílio em Beja em que o enfermeiro de família pediu a ajuda da equipa de CP. Fomos encontrar uma idosa com o marido acamado em fase agónica e muito queixoso. “Andou muito tempo de diarreia, depois começou a andar muito doentinho, fomos ao hospital e disseram-nos que eram hemorróidas, viemos de lá ontem, mas eu acho que é outra coisa pior... não acha Sra. Doutora? Ele não come, ele não fala, ele só geme...” disse-nos a cuidadora quase em pranto. Tivemos de escutar as preocupações daquela idosa e ao mesmo tempo fazer-lhe entender de forma suave que poderiam não ser hemorróidas mas sim outro problema que estava na origem do marido estar assim. Este senhor não estava medicado para a dor, já não ingeria qualquer tipo de alimentação ou líquido. Ninguém nunca tinha falado ou simplesmente explicado à senhora qual era a situação clínica do marido. Já mais calma depois de ter entendido que já não estava sozinha nos cuidados ao seu entre querido, sem forçar muito compreendeu como lhe deveria ser dada a medicação em gotas e como deveria injectar a morfina no cateter subcutâneo. Percebeu perfeitamente como tudo funcionava e agradeceu sempre a nossa intervenção.

Neste caso a escuta activa para além da comunicação assertiva teve um papel importante. A Sra. Precisava de falar tudo o que sentia para posteriormente acalmar e ouvir o que tínhamos a explicar.

✓ **OBJECTIVO** - *Conseguir actuar e controlar os vários sintomas através de utilização dos instrumentos de medida e técnicas farmacológicas e não farmacológicas para alívio de sintomas:*

- ▶ Acompanhar a avaliação da dor e outros sintomas através de instrumentos devidamente validados;
- ▶ Promover e ajudar a prevenir o alívio da dor e de outros sintomas aos doentes nos descontrolos sintomáticos;
- ▶ Planear e participar nas actividades no domicílio em interacção com toda a equipa de saúde de modo a proporcionar ao doente e sua família o maior conforto e qualidade de vida;
- ▶ Prestar cuidados de enfermagem no domicílio através de técnicas que proporcionem o bem-estar.

O controlo de sintomas é uma área chave nos cuidados em doentes com doença crónica e incurável. Para Twycross (13) a abordagem científica ao controlo de sintomas poderá ser resumida em 5 categorias:

- Avaliação: *diagnóstico de cada sintoma antes do tratamento;*
- Explicação: *explicação ao doente antes do tratamento;*
- Controlo: *tratamento individualizado;*
- Observação: *avaliação contínua do impacte do tratamento;*
- Atenção aos pormenores: *não fazer juízos infundamentados.*

No decorrer de toda a prática clínica pude observar e acompanhar a forma como os sintomas eram avaliados, como a dor era quantificada pelos doentes através de instrumentos devidamente validados nas diferentes escalas da dor, prevista pelo Plano de Luta Nacional Contra a Dor (PLNCD) que está legislado pela DGS (18).

Sendo a dor aquilo a que o doente chama sofrimento, uma vez que esta é uma experiencia sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidular actual ou potencial, Twycross (13), a dor poderá ser avaliada na sua globalidade através das suas 4 dimensões a dor física, a dor social, a dor psicológica e a dor espiritual.

A dor como 5.º sinal vital segundo a DGS (18), é classificada por dor aguda ou crónica, podendo ser também constante ou intermitente e por vezes até irruptiva. Devido a estas classificações e dependente também da sua origem e intensidade que poderá ser avaliada por escalas próprias, assim se promove o seu tratamento tanto farmacológico como não-farmacológico.

A equipa de Espanha tem um vasto leque de medicamentos opiáceos para o tratamento da dor e também de outros sintomas ao contrário da equipa de Beja. Pelo que conseguem assim garantir uma maior eficácia no controlo de sintomas e também aquando é necessário a rotação tem mais escolhas. Para além da morfina oral e em ampolas, do fentanil transdermico, e da

buprenorfina (transtec) que a equipa de Beja também tem a equipa de Espanha tem o fentanil transdérmico, transmucoso oral e sublingual. Em Espanha existe no mercado farmacêutico a oxicodona oral (não se pode partir nem macerar), a metadona oral e em ampolas que não há em Portugal.

De salientar que tanto o profissional médico e o profissional de enfermagem, estavam sempre presentes e procuravam convergir nos tratamentos para um melhor alívio dos sintomas, nomeadamente a dor, procurando que o doente estivesse o mais rapidamente possível bem e tivesse o máximo de qualidade de vida.

A utilização da via subcutânea é uma excelente forma de promover a hidratação e a administração de terapêutica, e é um método seguro, simples e adequado para doentes no domicílio ou hospitalizados, e é em geral bem aceite por parte dos doentes e dos familiares segundo Galvão (9).

É através da hipodermoclise, que são administrados a maioria dos fármacos quando existe a impossibilidade de serem administrados oralmente, ou então apesar do doente estar a fazer algum opióides orais mas tem dores irruptivas, poderá ter em casa uma fórmula de morfina que é facilmente aspirada e administrada pelo seu cuidador informal. A equipa de Cória tinha também ao seu dispor infusores que podiam durar 24h a uma semana, onde podiam colocar medicação fazendo as diluições correctas para que não se corresse o risco da toxicidade. A equipa de Beja não costuma usar pois não a ULS não tem este tipo de material disponível para a equipa de CP.

Foi uma técnica que aprendi através da prática com facilidade, pois quase todos os doentes que eram acompanhados pelas duas equipas tinham uma ou duas vias subcutâneas consoante se conseguissem ou não hidratar oralmente.

Pude verificar a facilidade com que uma cuidadora já idosa conseguiu aprender com facilidade, pois percebeu o bem que iria fazer ao seu marido quando ele tivesse uma agudização da sua dor e ficasse mais queixoso.

As técnicas não farmacológicas ainda não são muito usadas pois ainda não estão devidamente divulgadas havendo ainda algumas reticências quanto ao seu uso. Por esta razão foi-nos pedido a mim e a minha colega de estágio a Magda Santos, pela equipa de Cória que fizéssemos uma pequena formação em serviço sobre este tema. Na equipa de Beja também não constatei uso algum destas técnicas.

A monitorização dos sintomas consiste na conhecida frase “ Rever! Rever! Rever!”, o que deve ocorrer mediante o uso de instrumentos de medida e esquemas de registos adequados SECPAL, (19).

Referindo Twycross (13), o cancro é uma doença progressiva podendo ocorrer novos sintomas que devem ser controlados o mais rápido possível. A correcta monitorização ajuda a clarificar objectivos, sistematizar o seguimento e a melhorar o trabalho em equipa, pois permite comparação de resultados (19).

✓ **OBJECTIVO** - *Acompanhar famílias em luto promover a estabilidade familiar após o falecimento do seu doente:*

- ▶ **ACTIVIDADE** - Proceder a uma visita domiciliária à família enlutada pelo falecimento do seu ente querido, proporcionando momentos de diálogo e de ajuda;
- ▶ **ACTIVIDADE** - Elaborar carta de luto dirigida à família que perdeu o seu familiar.

O luto é a maior crise pessoal que muitas pessoas têm de enfrentar (...), uma grande perda obriga as pessoas a adaptarem as suas concepções sobre o mundo e si próprias, sendo o luto um processo de transição. Twycross (13).

Se é difícil lidar com a eminência da morte, não é mais fácil apoiar e comunicar com um familiar enlutado que se sente amputado após a morte do seu ente querido.

Uma vez mais a comunicação tem de estar presente, e caso a família que esteja enlutada tenha tido um real apoio da equipa de CP, em que sempre foi falada a verdade e foi demonstrada que a evolução da doença poderá culminar no final da vida, é mais fácil aceitar até mesmo não existir revolta pela sua parte, mas sim alívio uma vez que “acabou o sofrimento”.

Apesar de tudo é importante acompanhar o cuidador informal que estava mais ligado ao falecido, pois esse devido a estar sempre tão ocupado poderá ter ficado sem nada para fazer e não conseguir ter perspectivas de futuro, pensando que não consegue obter alguma actividade que o ocupe.

Houve dois casos que me tocaram imenso, dois senhores com a mesma patologia, cancro da laringe, os dois com traqueostomia, mas em que um deles, o Sr. António, a equipa acompanhou desde que terminou a radioterapia e o outro, o Sr. Francisco, só foi acompanhado a uma semana de entrar em fase agónica.

O Sr. António apesar da sua situação clínica não ser favorável à comunicação pois já se encontrava fraco a sua esposa, sua cuidadora recebeu-nos de uma forma tão calma e aprazível, conformada com a situação do marido e até à sua frente conseguia falar do depois da morte, mas que enquanto ainda existia vida tinha de lhe fazer o melhor. E assim era, ele estava com uns fones nos ouvidos a ouvir musica e era ele próprio que escolhia os CD's e a rádio que mais lhe apetecia ouvir. A sua esposa referiu que “estava a ser uma despedida diária tranquila ele sente-se tão em paz, quer falecer aqui na sua casa e não quer ir mais ao hospital.”

O Sr. Francisco foi acompanhado durante uma semana, mas assim que entrou em agonia, apesar da família estar alertada para esse caso em que o melhor seria ele ficar no conforto do seu lar junto dos seus familiares, foi levado para o hospital. Acabou por falecer detrás de um biombo no serviço de urgência, sem o mínimo de intimidade e com a sua esposa a rebentar de dor.

O luto saudável deve ser prevenido antes de acontecer o falecimento, pois só assim se consegue que a família aceite a morte como o final de uma etapa que é a vida. Quando não se previne, os familiares poderão a vir a desenvolver um luto patológico, que pode perdurar muito tempo, pois não aceitaram ainda em vida e não conseguiram despedir-se enquanto o poderiam fazer, uma vez que pode-se não morrer curado mas pode-se morrer reconciliado, e um simples Adeus, eu amo-te pode fazer muita diferença. Twycross (13).

- ✓ **OBJECTIVO** - *Promover programas de formação em Cuidados Paliativos:*
- ▶ **ACTIVIDADE** Desenvolver nas equipas sessões de formação em serviço com temáticas à sua escolha.

As duas equipas desde o início da prática clínica mostraram desde logo vontade que eu e a minha colega Magda Santos, fizéssemos breves apresentações como sendo formações em serviço.

Na equipa de Cória, decidimos apresentar As Técnicas Não farmacológicas para o alívio da Dor como se pode ver nos Apêndices 2 e 3.

Assim para a esta apresentação tivemos como objectivos:

Objectivo geral:

- Sensibilizar os Profissionais de Saúde para a importância da complementaridade entre técnicas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da Dor.

Objectivos específicos

Que os Profissionais de Saúde, no final da sessão, sejam capazes de:

- Nomear diferentes estratégias não farmacológicas para o alívio da dor;
- Utilizar os conhecimentos adquiridos como incentivo à prática/divulgação destas técnicas ao doente e sua família.

A equipa de Beja pediu que em conjunto com a minha colega Magda Santos, que fizéssemos uma apresentação da nossa Revisão de Bibliografia efectuada no final da Pós-Graduação como formação em serviço que foi apresentada durante a reunião mensal da equipa alargada Apêndices 4 e 5.

Assim para a apresentação tivemos como objectivos:

Objectivos Gerais

- Enumerar os principais sinais e sintomas das úlceras malignas do doente em Cuidados Paliativos (Exsudado, hemorragia, prurido, odor, infecção e dor);
- Identificar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas mais utilizadas no tratamento de úlceras/feridas malignas do doente em Cuidados Paliativos;
- Demonstrar a importância da prática baseada na evidência científica.

Objectivos específicos

Que os Profissionais de Saúde, no final da sessão, sejam capazes de:

- Caracterizar os diferentes sinais e sintomas das feridas/úlceras malignas;
- Identificar as diferentes opções terapêuticas consoante os sinais e sintomas provocados pela ferida/úlceras malignas;
- Reconhecer o contributo da pesquisa da evidência científica como forma de melhorar a assistência ao doente e sua família, no caso particular do tratamento de feridas/úlceras malignas;
- Utilizar os conhecimentos adquiridos como conduta orientadora face ao doente com ferida/úlceras malignas e sua família.

✓ **OBJECTIVO** - Implementar um projecto de intervenção na ULS de Castelo Branco durante os 12 turnos propostos, fazendo uma sessão de educação aos cuidadores informais de doentes com uma doença terminal;

► **ACTIVIDADE** - Desenvolver um projecto de intervenção para os cuidadores informais do Centro de Saúde de Castelo Branco

Foi um objectivo concretizado e todos os seus passos estão descritos na terceira parte do relatório.

Concluindo esta parte da descrição dos objectivos e suas actividades, consigo inferir que valeu a pena acompanhar as duas equipas de CP. Este tempo conseguiu-me trazer para além das competências que sinto que adquiri a nível profissional, competências para conseguir enfrentar a Vida com os seus dilemas e com os seus percalços.

Muitos casos e situações clínicas ficaram por descrever, relatei aquelas que para mim me marcaram mais e as que foram mais complexas em algumas situações.

Como enfermeira que trabalha em contexto comunitário foi óptimo conseguir adquirir competências básicas de um enfermeiro que trabalha em Cuidados Paliativos. Adoraria poder fazer parte de uma equipa multidisciplinar que desenvolve-se as suas actividades no domicilio promovendo assim um melhor conforto, bem-estar aliviando o sofrimento não só de quem está doente, mas também do seus familiares ou cuidador principal.

3.-Projecto de Intervenção “Cuidar do Cuidador”

A Organização Mundial de Saúde OMS, (20) indica que as doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças. Estas doenças afectam países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento e a sua expansão reflecte, entre outros o processo de industrialização, urbanismo, desenvolvimento económico e globalização alimentar, que acarretam: alteração das dietas alimentares, aumento dos hábitos sedentários e tabágicos e da esperança média de vida.

O envelhecimento populacional, devido ao aumento da esperança média de vida, torna as doenças crónicas neste grupo etário, um problema social e de saúde.

É de salientar que, devido às mudanças sociodemográficas e aos avanços da ciência tem resultado um aumento de pessoas com doenças crónicas, que muitas vezes associadas a uma idade mais avançada, evoluem para uma dependência de terceiros, motivada pela perda de autonomia e necessidade de ajuda para a realização das suas actividades básicas de vida diária.

No decurso do Mestrado em Cuidados Paliativos, muitos foram os conhecimentos adquiridos e que tenho por dever divulgar e ajudar a cuidar melhor da sociedade de forma a poder proporcionar uma melhoria da saúde das populações com aumento da qualidade de vida. Como profissional de saúde e tendo uma posição privilegiada de actuação perante a população, tenho o dever de proporcionar a esta ensinamentos através de breves esclarecimentos ou de formações.

Quando fiz a minha proposta no projecto de preparação à prática clínica tinha estruturado fazer uma sessão de educação para a saúde em que inicialmente iria fazer o levantamento das necessidades dos Cuidadores Informais que estivessem integrados nos cuidados domiciliários do Centro de Saúde de Castelo Branco e os que se dirigissem à consulta da UAC do Hospital Amato Lusitano com os seus familiares. Pretendia convidá-los somente depois da aplicação da escala de Zarith reduzida que tivessem um score > 17, ou então fazer convites personalizados sempre que detectasse uma situação de stress ou de desgaste por parte do cuidador principal.

Deste projecto inicial apenas ficou o tema “Cuidar do Cuidador”, ou seja trabalhar com Cuidador Informal de um doente, que é muitas vezes a família, ou seja mantive como pretensão dirigir-me aos familiares/cuidadores de doentes crónicos incapacitantes que estejam ou não em fase terminal. O facto de o querer realizar somente depois de ter efectuado toda a prática clínica, foi também um objectivo realizado, pois só assim fazia sentido depois de ter passado pela fase do conhecimento prático e da observação de vários profissionais é que se consegue ter uma diferente visão da realidade em que se quer trabalhar, e estar mais activamente no domicílio onde os doentes se sentem protegidos com os seus familiares fez em mim toda a diferença, sentindo assim que é precisamente nesta área, no cuidado ao doente e família que pretendo um dia futuramente trabalhar mais activamente.

Quando estive com a equipa de Beja +, tive o conhecimento do desenvolvimento num dos Centros de Saúde que a equipa abrangia de um projecto para os Cuidadores, com aquele que eu pretendia desenvolver pelo que acabei por conseguir trazer algumas ideias para poder implantar o meu. Por tudo isto levou-me também a reflectir a não utilizar a escala de Zarith como forma de

convidar os cuidadores mais sobrecarregados, uma vez que neste caso eu iria somente convidar aqueles que realmente mais precisavam mas que devido ao facto do seu doente ser tão dependente ser mais difícil sair do seu lado, pelo que assim teria as sessões quase vazias. Decidi assim, “cuidar” daqueles que estão no caminho para a sobrecarga e não somente os sobrecarregados.

Este projecto é para mim o culminar da minha actuação do Mestrado e de tudo o que me propus a fazer a todos os níveis. Uma vez que o meu lema sempre foi aprender mais para melhor cuidar fazendo aos outros o que gostaria que me fizessem a mim, tinha de aplicar algo no meu serviço que marcasse a diferença no que já existe, ou seja aplicar de alguma maneira o meu conhecimento destes quase dois anos de intensa formação em prol da sociedade através do Centro de Saúde. Neste sentido sinto-me uma privilegiada por o ter conseguido, apesar de ainda só ter realizado a proposta eu tenho toda a convicção de o conseguir colocar em prática.

Assim, como forma de colmatar uma falha existente no Centro de Saúde de Castelo Branco, em conjunto e em conformidade com os colegas da equipa da ECCI que expressaram a sua satisfação por este tema, decidi no dia 05/07/2012 oficialmente apresentar-lhes o projecto “*Cuidar do Cuidador*”.

De seguida irei fazer o enquadramento teórico, e apresentar todo o plano de formação através de um diagnóstico de necessidades ao qual pretendo dar resposta. Definir quais os destinatários, os objectivos gerais e específicos, as estratégias seleccionadas para alcançar os respectivos objectivos, os conteúdos que me proponho desenvolver e finalmente a avaliação que foi feita na sessão em que propus o projecto mas também os indicadores da avaliação da prática do projecto futuramente.

3.1 - Plano Pedagógico da Formação

3.1.1 - Contextualização

O envelhecimento e o aumento da esperança média de vida no nosso país e também na maior parte dos países desenvolvidos, tem apelado para uma questão que é de particular relevância para a organização da prestação de serviços, não só como forma de tratar as doenças mas principalmente de prevenir que elas surjam.

De acordo com a OMS (21) estas são doenças que têm uma ou mais das seguintes características *“são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados”* Pode-se inferir que a presença de uma doença crónica leva a alterações na vida familiar, profissional e social, as quais dependem directamente da fase do ciclo de vida em que a pessoa se encontra. Esta exige uma fase de adaptação e aceitação da nova realidade, uma vez que, inevitavelmente tem implicações sobre todos os aspectos da vida da pessoa doente e do familiar/cuidador que cuida de si.

A dependência, em si mesma, constitui um problema para a pessoa doente. Neste sentido, é necessária uma distinção entre a doença e as suas consequências sobre a vida quotidiana, e uma análise da especificidade das diferentes patologias e dos factores de risco em relação à saúde Santos (22). Assim sendo, a doença crónica acaba por ser um problema de saúde grave que requer e necessita a tomada de medidas que ajudem não só na tentativa da maior independência do doente mas também do seu cuidador tendo sempre por base a manutenção e melhoria da Qualidade de Vida.

É nestes casos que a reflexão sobre o cuidar surge e que toma grandes proporções num núcleo familiar.

O cuidar é um acto inerente à Vida, desde que nascemos até que morremos somos cuidados e cuidamos, a essência do cuidar é igual para todas as culturas, o que muda é a maneira como se cuida. Para Collière (3), *“cuidar é por essência permitir a alguém com dificuldade física e/ou psicoafectiva enfrentar a vida quotidiana”*, isto no contexto do cuidar de alguém com doença crónica/avançada que esteja no termino da sua existência.

Os Cuidadores são por excelência pessoas ligadas à saúde, nomeadamente os profissionais que trabalham em instituições sendo considerados de cuidadores formais. Todos os outros cuidadores informais/principais são segundo Aparício (23), pessoas (familiares ou não) que coabitam ou não com o doente e que lhe proporciona a maior parte dos cuidados informais (físicos e emocionais) de apoio quotidiano não sendo remunerados por esta actividade. Assim, a família ainda é por excelência a o principal suporte de um doente, que o auxilia nas suas actividades de vida diárias.

Uma Família que tenha no seu seio familiar alguém com uma doença incurável e progressiva tem dificuldades em lidar tanto com a doença como com o seu prognóstico pois não tem preparação para tal, esta acaba por partilhar dos problemas do doente tendo por vezes necessidade de também ser cuidada (24).

Ao reflectir sobre a especificidade de cuidar, obtém-se diversas opiniões e diferentes definições, que exploram as várias perspectivas mas que se complementam, e que algumas das suas vertentes referem-se à capacidade relacional, afectiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica, ou seja Cuidar não é mais que um olhar holístico em todas as vertentes do ser humano.

Nesta linha de pensamento, Collière (25) afirma que, cuidar é manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação.

Ainda, segundo Luders e Storani (1999), citado por de Ricarte (26) cuidar é *“o ato de assistir alguém ou prestar-lhe serviço quando este necessita. É uma actividade complexa com dimensões éticas, psicológicas, sociais, demográficas e que também tem os seus aspectos clínicos, técnicos e comunitários”*.

Cuidar de alguém não é de todo fácil, pois requer muito de quem o faz. Os Cuidadores formais são por excelência pessoas ligadas à saúde, nomeadamente os profissionais que trabalham em instituições. Todos os outros cuidadores informais/principais são segundo APARICIO 2010, pessoas (familiares ou não) que coabitam ou não com o doente e que lhe proporciona a maior parte dos cuidados informais (físicos e emocionais) de apoio quotidiano não sendo remunerados por esta actividade.

Assim, a família ainda é por excelência a o principal suporte de um doente, que o auxilia nas suas actividades de vida diárias.

Uma Família que tenha no seu seio familiar alguém com uma doença incurável e progressiva tem dificuldades em lidar tanto com a doença como com o seu prognóstico pois não tem preparação para tal, esta acaba por partilhar dos problemas do doente tendo por vezes necessidade de também ser cuidada segundo Neto (24).

A sobrecarga de uma família que cuide de um doente em fase avançada que esteja no seu domicílio é por vezes elevada, e nem sempre é valorizada. Entende-se por sobrecarga o peso físico, emocional, psíquico e social que existe associada à prestação de cuidados por parte do dito cuidador informal segundo Fernandes (27)

O apoio à família que se encontra também ela “doente” é fundamental e faz parte dos Cuidados Paliativos, fazendo com que se aumente a satisfação do enfermo e que consequentemente aumente a sua qualidade de vida (13).

Para se poder cuidar um cuidador informal relativamente à sua sobrecarga existem vários instrumentos padronizados mas o mais utilizado em termos internacionais é a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Burden Interview Scale). A escala de Zarit reduzida pode ser aplicada no contexto dos cuidados paliativos, sendo uma escala de auto-avaliação pode por vezes ser aplicada pelos profissionais de saúde dependendo das características socioculturais do cuidador bem como das dificuldades da sua situação emocional vivenciada segundo Gort (28). O seu autor (Steve Zarit), autorizou o processo de validação para a população portuguesa, bem como a possibilidade de ser utilizada quer ao nível da investigação, quer ao nível da prática clínica, sendo que a escala reduzida com 7 itens avalia as dimensões da sobrecarga, do autocuidado e a perda do papel social e familiar num cuidador. A sua sensibilidade e especificidade permitem identificar com precisão a claudicação familiar em cuidados paliativos caso a sua pontuação seja superior (27). No contexto do meu projecto de intervenção não irei esta escala, pois suponho que neste caso ela iria servir

não como uma medida de inclusão mas sim de quase exclusão à presença dos Cuidadores Informais nas minhas sessões de educação.

Falar de cuidados ao doente crónico é falar também de Cuidados Paliativos em que a grande máxima está sempre presente da qual o autor desconheço mas que ficou no meu consciente sempre que penso em cuidar de alguém “*quando não há mais nada a fazer ainda se pode fazer muito*”.

Os Cuidados Paliativos são por excelência cuidados aos doentes em fim de vida e segundo Cicely Saunders citada por Capelas (29) eles são um direito humano e como tal deveriam ser uma obrigação social. Segundo Harlos (2), são cuidados prestados na aproximação do fim de vida ou no decorrer de um processo patológico crónico que têm como objectivo principal: maximizar a qualidade de vida e conforto dos doentes que se aproximam do período final das suas vidas, aliviando-os do seu sofrimento e prestando-lhes cuidados holísticos, assim como às suas famílias.

O cuidar é um acto inerente à Vida, desde que nascemos até que morremos somos cuidados e cuidamos, a essência do cuidar é igual para todas as culturas, o que muda é a maneira como se cuida. Para Collière (3), “*cuidar é por essência permitir a alguém com dificuldade física e/ou psicoafectiva enfrentar a vida quotidiana*”, isto no contexto do cuidar de alguém com doença crónica/avançada que esteja ou não no termino da sua existência.

Nos dias que correm em que o contexto mundial economicista faz rever toda a nossa forma de estar no mundo, vejo os Cuidados Paliativos como a grande filosofia dos Cuidados. Para além disso, nos dias de hoje, como sabemos, é cada vez mais dispendioso recorrer aos serviços de saúde, pelo que é pertinente, na minha perspectiva, capacitar os cuidadores para que estes possam prestar melhores cuidados aos seus familiares em situação de dependência, de uma forma mais autónoma e com mais conhecimentos, ou seja, com segurança, eficiência e racionalização, permitindo assim, alcançar ganhos em saúde, relacionados com a promoção da saúde, prevenção da doença ou simplesmente o aumento da qualidade de vida aquando uma doença terminal.

Segundo Karsch (30) refere que devem criar-se nos países desenvolvidos redes de apoio social de suporte às pessoas com dependência e aos seus cuidadores, constituídos por equipas multidisciplinares especializadas, uma vez que a doença crónica é um grave e crescente problema de saúde pública, com inúmeras complicações, quer individuais, quer comunitárias.

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), tem implementado medidas que visam preservar a organização da prestação de cuidados, advinda do modelo biomédico (centrado na cura da doença aguda), a qual sustenta uma prestação de cuidados, essencialmente, episódica, fragmentária e reactiva, onde a cura é o objectivo primário.

Contudo este modelo na minha opinião e pela minha experiencia profissional, não é de todo adequado para dar resposta ao que se às necessidades que se verificam com o crescente número de pessoas a necessitar dai eu nem sempre estar satisfeita e nem conseguir dar resposta a muitas das situações que vivencio diariamente no exercício profissional. Pois muitas na maioria destes casos crónicos o que se procura não é a cura mais sim uma continuidade de cuidados que promovam o bem-estar promovendo a qualidade de vida e por consequência ajudar na estabilidade familiar.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Ministério da Saúde de Portugal, veio de alguma forma dar resposta efectiva essencial às necessidades da família cuidadora e do idoso em situação de dependência. Esta rede engloba todo um conjunto de parceiros como explica o ponto 1 do Artigo 2º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho de 2006,

nomeadamente “(...) unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais”.

Neste sentido, fazem parte da RNCCI, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), definidas como “*equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio*” (n.º 1 do Art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho); e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, definidas também como uma “*equipa multidisciplinar que presta apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos*” (n.º 2 do Art. 29.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Apesar da recente reforma e reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários em que houve a criação de unidades funcionais entre elas as UCC's que têm como principal actividade trabalhar directamente e em prol da Comunidade, o Centro de Saúde de Castelo Branco não desenvolveu nenhuma UCC pelo que este meu projecto “Cuidar do Cuidador”, será realizado em colaboração com a equipa da ECCI do Centro de Saúde de Castelo Branco.

Assim, depois de várias reuniões informais, numa reunião formal convidei toda a equipa da ECCI (anexo) no dia 05/07/2012, onde propus o Plano de Formação que vou descrever a seguir.

Segundo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (1), a RNCCI tem naturalmente implícita a prestação de acções paliativas no seu sentido genérico, não estando previstas nesta Rede a prestação diferenciada de cuidados paliativos, pois a sua prática requer organização própria e uma abordagem específica prestada por equipas preparadas para o efeito. Uma vez que no centro de saúde de Castelo Branco não existe nenhuma equipa de Cuidados Paliativos, decidi desenvolver então este projecto com o consentimento da e cooperação da ECCI, pois será a equipa a referenciar-me os cuidadores informais os quais irei convidar a comparecer nas sessões de educação que este projecto inclui.

No que diz respeito aos temas das várias sessões, pretendo abordar temas como o “Cuidar e cuidar-se”, a “Gestão da dor”, a “Alimentação”, os “Apoios Sociais”, “Como lidar com as emoções”, a “Higiene/Higiene Oral”, o “Luto”, os “Posicionamentos”, e a “Espiritualidade”, estas são as temáticas que sinto que sejam mais se adequam ao projecto em questão mas que poderão sofrer algumas alterações futuras.

Para além da aquisição de conhecimentos e competências no âmbito dos temas apresentados, os cuidadores da pessoa com doença crónica incapacitante o podendo estar em fase terminal, têm ainda a oportunidade de expor as suas dúvidas e receios, no que diz respeito à prestação de cuidados ao familiar doente, assim como partilhar as suas experiências.

Pretendo também, proporcionar aos cuidadores momentos de descontração e alívio da tensão sentidas no dia-a-dia, através de duas horas em que saem da sua habitual rotina. Com este projecto pretendo, então, contribuir para um maior bem-estar não só da pessoa cuidada, como da pessoa que cuida.

3.1.2 - Diagnóstico De Necessidades

O levantamento dos diversos diagnósticos de necessidades e a sua posterior intervenção tem a pretensão de desenvolver um plano de cuidados que ajude a Família a melhorar a situação no geral. A elaboração de Plano de Cuidados no âmbito dos Cuidados Paliativos para além de envolver os tratamentos de sintomas ao doente em causa a comunicação com os vários membros da família torna-se de todo vital, de forma a promover o bem-estar proporcionando qualidade a todo o núcleo familiar. Uma das actividades que pode ser desenvolvida poderá passar por proporcionar ao cuidador informal uma sessão de educação para a saúde em que serão abordados temas esclarecedores para melhor cuidar e ajudar o seu familiar com doença crónica/avançada.

Citando Neto (24), (...) a família experimenta, tal como o doente, um período de incerteza e adaptação às dificuldades percebidas e vividas., pelo que assim é necessário o apoio mas principalmente o esclarecimento por parte dos profissionais de saúde ao cuidador informal que na maioria das vezes é um familiar directo podendo ser o conjugue ou um filho. Referindo ainda Neto (24) “Cuidar de um doente em fase terminal representa, para além de um desafio uma sobrecarga familiar, que se acompanha de um grande impacto emocional.”

Através da prática enquanto profissional por casos que vão surgindo, pela observação directa na prática clínica nos dois campos de estágio por onde passei e também a pela aceitação das colegas da ECCI devido à preocupação com os seus doentes e cuidadores me apercebi que a maioria não reconhece a importância de ser um cuidador informal e em torno disso, não sabe “cuidar” da melhor forma. É comum sentirem-se sob stress pois pretendem dar tudo ao seu doente sem estabelecer prioridades pessoais.

Detectei três fontes de preocupações no cuidador informal:

- ✓ Não conseguir contactar com outros cuidadores de forma a arranjar novas estratégias para melhor cuidar;
- ✓ A necessidade de responder a duas questões fundamentais: Como cuidar? E estarei a cuidar bem?
- ✓ O constante cansaço a todos os níveis, físico, emocional e social e o facto de não ter prioridades para a sua vida pessoal.

Atendendo às necessidades expostas, é de suma importância que os cuidadores contactem entre si, por forma a compreenderem que não são os únicos a cometerem os mesmos erros, e a terem as mesmas questões e receios, e a terem esclarecimentos sobre os seus anseios e preocupações relativamente à sua forma de cuidar.

TEMA

“A importância dos cuidadores informais em doentes crónicos/com doença prolongada no domicílio”, projecto de intervenção “Cuidar do cuidador”.

FORMADORA

Enfermeira Maria Valentina Gonçalves - Enfermeira Nível I, futura Mestre em Cuidados Paliativos, a exercer funções no Centro de Saúde de Castelo Branco UCSP 5;

DESTINATÁRIOS

Famílias/Cuidadores Informais que pertencem ao Centro de Saúde de Castelo Branco, acompanhados pela equipa da ECCI

LOCAL

Biblioteca do Centro de Saúde de São Miguel

OBJECTIVOS

Objectivos Gerais:

- Que os cuidadores informais sejam capazes de reconhecer o impacto dos cuidados que prestam;
- Que os cuidadores informais consigam melhorar os seus cuidados;
- Que os cuidadores informais valorizar as suas actividades diárias em torno de um doente crónico.

Objectivos específicos:

- Que os cuidadores informais sejam capazes de:
 - ◆ Identificar os principais sinais de sobrecarga e sua implicação no cuidar;
 - ◆ Criar mecanismos compensatórios para evitar a sobrecarga e sua implicação no cuidar;
 - ◆ Proporcionar o alívio da dor crónica;
 - ◆ Promover as sensações de conforto e bem-estar, de relaxamento físico e mental, da pessoa cuidada;
 - ◆ Explicar a importância de uma alimentação equilibrada e saudável;
 - ◆ Incentivar uma mudança de hábitos alimentares;
 - ◆ Informar acerca dos apoios disponíveis na comunidade;
 - ◆ Esclarecer dúvidas relativas a estes apoios.
 - ◆ Promover estratégias de coping nos cuidadores informais;
 - ◆ Facilitar a expressão de emoções relativas à prestação de cuidados;
 - ◆ Demonstrar a importância da manutenção de relações sociais;
 - ◆ Organizar o seu tempo de forma a obter momentos de lazer;
 - ◆ Explicar a importância de uma higiene corporal e oral adequada;
 - ◆ Instruir os cuidadores informais sobre a técnica de higiene corporal e oral;
 - ◆ Permitir a aquisição de conhecimentos acerca da importância de posicionar e de transferir a pessoa cuidada;
 - ◆ Instruir os cuidadores informais sobre as técnicas de posicionamento/transferência;
 - ◆ Promover momentos de descontração e alívio do stress;
 - ◆ Promover o luto saudável em vez do luto patológico;

- ◆ Ensinar e promover o bem-estar físico visando o espiritual através da aceitação dos acontecimentos da vida.

DURAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO

- Tempo total - 2 horas
- Tempo da apresentação do tema: 30 minutos

METODOLOGIA

- Expositivo oral directo
- Interactivo - Uma das estratégias que não posso descuidar é o de transmitir os conteúdos de forma clara e perceptível ao nosso grupo alvo, não esquecendo de fazer pausas, efectuando perguntas que fomentem o diálogo.

ESTRATÉGIAS

- ▶ Pesquisa bibliográfica;
- ▶ Transmissão de conteúdos oralmente;
- ▶ Distribuição de panfletos;
- ▶ Realização de questões inerentes à temática abordada;
- ▶ Criar espaço para o debate para esclarecimento de dúvidas.

RECURSOS

A divulgação da sessão será feita através de convite personalizado aos cuidadores informais, e pela afixação de um poster de divulgação no Centro de Saúde de São Miguel.

A sessão para a saúde será realizada de preferência onde possa haver um ambiente acolhedor e informal, com boas condições acústicas onde as cadeiras estejam dispostas de modo a que todos os formandos tenham contacto visual para que assim consigam dialogar entre si (disposição em U).

Serão utilizados meios audiovisuais com visualização de conteúdos em formato PowerPoint, sob o método expositivo-interactivo.

No final da sessão será distribuído um panfleto informativo e colocado na sala um poster com uma síntese do que foi apresentado.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

- - Adesão e participação dos cuidadores;
- - Pertinência das respostas dadas;
- - Avaliação da formação no final realizada pela formadora relevando aspectos positivos e negativos, e o seu grau de interesse para um melhor cuidado ao doente.

3.2 Proposta apresentada à equipa da ECCI no Centro de Saúde de Castelo Branco

Depois de elaborar todo o projecto de intervenção no serviço, determinei o dia da apresentação, 05/07/2012 que se realizou no Centro de Saúde de São Miguel, que pertence ao Centro de Saúde de Castelo Branco. Foram solicitados a assistir através de uma carta/convite a equipa da ECCI e a Vogal de enfermagem do ACES BIS (Apêndice 6).

Vou descrever qual o plano de sessão que segui na realização da apresentação (Apêndice 7):

TEMA: A importância dos cuidadores informais em doentes crónicos/com doença prolongada no domicílio - “CUIDAR DO CUIDADOR”.

POPULAÇÃO ALVO: Equipa ECCI e Vogal de Enfermagem

TEMPO DE DURAÇÃO: 45 minutos de apresentação + 15 minutos de convívio

INTERVENIENTE: Valentina Gonçalves

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Instalações do Centro de Saúde de São Miguel - Biblioteca
Dar a conhecer o tema da formação e a sua pertinência.
- Evidenciar a necessidade do projecto de intervenção.

OBJETIVO GERAL:

- -Apresentar o plano de formação do projecto de intervenção “Cuidar do Cuidador”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Apresentar o objectivo do projecto;
- Ajudar a compreender a importância do cuidar os cuidadores;
- Transmitir a importância do cuidador;
- Divulgar os temas das sessões de educação para a saúde.

CONTEÚDOS

- Apresentação do projecto;
- Apresentação do tema;
- Conceito de Cuidar;
- O que é cuidar de alguém;
- Porque cuidar do Cuidador
- Direitos dos Cuidadores;
- Temas das sessões;
- Espaço aberto para sugestões;
- Convívio.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

A avaliação da formação realizou-se no final da sessão através de um breve questionário de 5 questões (Apêndice 8), abaixo apresentadas, em que os convidados da sessão colocavam numa escala de 1 a 5 qual a sua concordância com a questão, em que o 1 - Não concordo e o 5 - Concordo Totalmente.

1. O tema proposto para o projecto, “Cuidar do Cuidador” é pertinente?
2. Achou os objectivos do projecto perceptíveis?
3. O projecto de intervenção “Cuidar do Cuidador” tem viabilidade prática?
4. Será importante para a nossa comunidade o projecto de intervenção de ajuda ao cuidador Informal?
5. Sugestões/opiniões.

DISCUSSÃO DA SESSÃO

A apresentação da proposta do projecto de intervenção (Apêndice 7), teve a presença de 6 profissionais de saúde, 5 dos quais pertencentes à ECCI e a Vogal de enfermagem do ACES BIS. Ao longo da sessão ouve partilhas de experiências e foram sendo dadas sugestões que também foram posteriormente redigidas na questão 5 do questionário.

Iniciei a sessão manifestando o meu agradecimento ao facto de ser graças ao serviço me ter apoiado que eu pude frequentar o Mestrado que me encontro a concluir. Por esse motivo chegou a minha vez de por em prática os meus conhecimentos de forma a que não só os utentes que sejam cuidadores informais melhorar os seus cuidados depois das sessões de saúde que pretendo fazer, mas também o Centro de Saúde pode beneficiar, pois a intenção é promover cuidadores mais independentes e melhor informados.

A irrevogável importância do cuidador informal a um doente crónico, esteve na base da aceitação por parte da ECCI à minha proposta do projecto, assim quando eu colocar o projecto em prática a equipa vai colaborar enviando para assistir às sessões os Cuidadores Informais por si acompanhados.

Como análise geral, posso inferir que através do resultado do questionário (Apêndice 8), todos os que assistiram à apresentação concordaram com a pertinência do tema, na resposta à pergunta 2 os objectivos do projecto foram compreendidos posso inferir que todos os presentes compreenderam quais os objectivos que pretendo desenvolver, na pergunta 3 ouve somente uma resposta com número 4, na pergunta 4 todos os presentes concordaram totalmente com a importância de um projecto que seja virado para ajudar o Cuidador Informal. A questão 5 era aberta a questões/opiniões em que foram dadas duas sugestões a que o projecto fosse aberto a todos os utentes do Centro de Saúde que tem doentes dependentes e não somente aqueles que são seguidos pela equipa da ECCI ou seja fazer a apresentação do projecto a todos os profissionais do Centro de Saúde para que o divulguem pelos seus utentes. Outra sugestão foi a de repartir um lanche no final das sessões para a saúde, por todos os Cuidadores de forma a que pudessem ter uns momentos de convívio em e que pudessem proporcionar maior partilha de experiências entre si.

Mesmo no final da sessão e estando já sozinha, foi-me proposto pela Vogal de Enfermagem do ACES BIS, concorrer a um concurso da Ordem dos Enfermeiros da Secção Regional do Centro

que se encontra em prazo de candidatura até 31 de Julho, e tem por tema “CUIDAR’ 12”. Assim ficou determinado que eu iria concorrer a este mesmo concurso da Ordem dos Enfermeiros, com o este meu projecto “Cuidar do Cuidador”.

CONCLUSÃO

A consecução desta formação avançada, fundamentou-se essencialmente na existência de uma necessidade profissional e pessoal de obter melhores conhecimentos acerca da essência da Vida, para proporcionar melhores práticas e competências em Cuidados Paliativos.

Este percurso realizado no total de 2 anos, foi um estímulo muito grande ao meu autodesenvolvimento, mas tendo sempre percalços que complicam o normal desempenho para quem se encontra a frequentar uma formação avançada. Foram várias dificuldades sentidas uma delas deveu-se ao facto de me ausentar tanto do serviço onde exerço actividade, pois para poder fazer toda a prática clínica esgotei as férias anuais, e tive de colocar uma licença sem vencimento de 10 dias ao abrigo do estatuto trabalhador-estudante. Para além das contrariedades habituais que vão surgindo na vida, foi o facto da minha família mais próxima necessitar muito da minha presença enquanto mãe, esposa e filha que acabou por atrasar o desenrolar normal dos objectivos que tinha a previsto cumprir, alienando-me muitos dias devido às angústias que senti.

Contudo, consegui atingir o grande objectivo pessoal, frequentar e realizar o Mestrado em Cuidados Paliativos como foi sempre a minha pretensão.

A enfermagem é uma profissão que trabalha para cuidar do Ser Humano, enquanto enfermeira e também como pessoa, ao longo dos meus anos de profissão tenho-me debatido com vários dilemas éticos que me colocam numa posição constrangedora daí a vontade e necessidade que sempre tive de frequentar uma formação em que aprendesse a cuidar dignamente de alguém em que o seu Ser, a Sua vontade merecem o máximo respeito principalmente quando se enfrenta uma doença terminal.

Para a medicina a morte é a cessação das funções dos órgãos vitais, algo que todos os seres vivos têm em comum, e como diz o povo “é o que temos de mais certo”. A forma como a morte é vivenciada foi evoluindo ao longo dos tempos. Na Idade Média era vivida em ambiente familiar e era respeitada pois todos sentiam que era um destino comum e citando Oliveira, os moribundos “esperavam a morte em casa” e eram assistidos pelos seus entes queridos. No momento da morte existia alegria pois a crença em Deus fazia-os esperar pela salvação e vida eterna, assim que tanto o funeral como o luto tinham pouca relevância (30).

Na actualidade, a morte acaba por ser temida ao invés de respeitada porque é sentida como uma perda irreparável de uma pessoa e o término de todos os seus projectos. Com a evolução dos cuidados médicos a esperança média de vida é cada vez mais alargada e o leque de tratamentos é, também, cada vez maior. Esta evolução conduziu a uma situação recorrente, morrer-se numa cama de hospital isolado e sem qualquer dignidade, tendo como companhia um excesso de tratamentos tecnológicos, vítima de encarniçamento terapêutico com elevado sofrimento físico e psicológico que não trazem bem-estar e muito menos qualidade de vida. À família cabe o papel de visita de uns minutos, da palmadinha nas costas, e do “calma, amanhã estarás melhor”. A existência da conspiração do silêncio, tanto por parte dos profissionais de saúde como pela família, faz parte do processo uma vez que a nossa sociedade não sabe lidar com a realidade da doença nem com a morte.

Eu, como produto social duma cultura cheia de tabus face à morte, acabo por sentir o mesmo que todas as pessoas sentem - o medo, e nem sequer me imagino a morrer um dia. Quando

confrontada com este tema remetia-me ao silêncio pois nunca fiz uma reflexão profunda acerca dele e não sei o que responder, é como se temesse que essa “maldição” me pudesse cair em cima. O que acaba por me revoltar, pois como Enfermeira de uma comunidade deveria saber dar uma resposta de apoio a tantas situações de famílias enlutadas e em sofrimento. Hoje após esta longa etapa em de aprendizagem e de tão grande auto transformação consigo não só lidar melhor com a Morte, mas sobretudo viver melhor a Vida pois como refere Morrie a Mitch na obra “Às Terças com Morrie” (4) -*“Apende a morrer, e aprendes a viver.*

No contexto dos Cuidados Paliativos mais importante que ter consciência da sua importância é disseminar a sua missão, por isso é essencial dispersar informação através de formações organizadas e de ensinamentos para a saúde tanto aos profissionais de saúde como à população em geral. Assim, consegui preparar um projecto de intervenção que irá ajudar os Cuidadores Informais, e que tenho intenção de colocar em prática, “Cuidar do Cuidador” irá ser um projecto virado essencialmente para a formação daqueles que prestam cuidados ao doente crónico em fase terminal ou não. “Cuidar é por essência permitir a alguém com dificuldade física e/ou psicoafectiva enfrentar a vida quotidiana” (3).

Para mim a conclusão deste ciclo em que necessitei de muita resiliência foi uma glória, pois consegui entender a dinâmica de duas equipas uma Espanhola e outra Portuguesa e integrar na minha prática diária como enfermeira a filosofia dos Cuidados Paliativos. Acima de tudo consigo entender a Morte como sendo a última fase da Vida.

A arte do Cuidar é tão importante como difícil, mas tenho a certeza de que eu irei sempre ter a missão a de “Cuidar como eu gostaria de ser cuidada”, pois só assim conseguirei dignificar e respeitar todos os actos que faço enquanto Enfermeira e como Ser Humano.

Finalizando, espero ser sempre capaz de *ser trigo que nasce tanto na terra árida como na fértil, e que tenha a bênção de Deus sempre que cuidar e ajudar uma pessoa*, porque sinto que vivo para “semear” o Cuidado nos outros seja em que circunstância for.

BIBLIOGRAFIA

1. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, N.º 14/DGCG; 13/07/2004 [online, acessado a 08/06/2012] disponível em URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP____Circular_Normativa_%28DGS_13-7-2004%29.pdf
2. HARLOS, M. Decision Making in Palliative Care - A Guide to Approaching Care Choices [pdf]. Manitoba: Faculdade de Medicina da Universidade de Manitoba. 2005
3. COLLIÈRE, M. F. - “Cuidar...A primeira Arte da Vida.” 2ª Edição Lisboa - Lusociência, 2003. I SBN 972-8383-53-3
4. ALBOM, M. 2006. *As terças com Morrie*. Lisboa. Sinais de Fogo. 2.ª Edição. 222 pp.
5. TOLSTOI, L. 2008. *A Morte de Ivan Ilitch*. Alfragide. Leya, SA. 1.ª Edição. 91 pp.
6. Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico do Enfermeiro DL n.º 111/2009 de 16 de Setembro, [online, acessado a 07/06/2012] disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
7. Programa Marco. Cuidados Paliativos. Servicio Extremeño de Salud, [online, acessado a 07/06/2012] e disponível em URL: http://sociosan.saludextremadura.com/cuidados_paliativos/admin/documentos/Programa%20Marco.pdf
8. PEREIRA, M. A. 2008. *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra. Formasau. 446 pp.
9. GALVÃO, Cristina; Fevereiro 2005; Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal. Postgraduate Medicine; Volume 23; n.º 2-
10. ALMEIDA, Ana. et al, A Comunicação Enfermeiro-Doente como Estratégia para Alívio do Sofrimento na Fase Terminal da Vida; Revista de Investigação em Enfermagem, Fevereiro 2010; pp 8-17
11. OLIVEIRA, Ana , Novembro 2008, O Doente em Fase Terminal, REFLEXÃO ÈTICA, Sinais Vitais, n.º 81, pp. 07-10
12. SAPETA, P. 2007. “Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos”. Revista Dor. N.º 15. Pp. 16-21. SAPETA, P. 2011. *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interacção Enfermeiro-Doente*. Loures. Lusociência. 305 pp.
13. TWYXCROSS, R. 2003. *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi Editores. 2.a Edição. 207 pp.
14. ANDRÉ, S., Cunha, M. & Rodrigues, V. (2010). *Família enquanto entidade cuidadora...* Millenium, 39: 131-134.
15. PHANEUF, M. 2005. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures. Lusociência. 668 pp.
16. FLORES Lozano, J. 2011. *La comunicación Verbal (CV) y no Verbal (CNV)*, [pdf]. (Capítulo III, Pp. 25-43). [Citado em 25 de Junho de 2012 - 18:00]. Disponível em URL: <http://www.scribd.com/doc/6573197/A005-CAP-3-LaComunicacion-Verbal-y-No-Verbal-Medicos>
17. SANCHO, M. Gomez, et al; 1999 *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*, Madrid, Arán Ediciones, S. A., (1256 pp)
18. Direção Geral da Saúde; A Dor como 5.º Sinal Vital, registo sistemático da Intensidade da Dor, Circular Normativa n.º 14/DGCG [Citado em 10 de Julho de 2012 - 18:00]. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf
19. SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Guia de Cuidados Paliativos* [pdf]. 2001. 51 pp. Online [Citado em 10 de Julho de 2012 - 19:00]. Disponível em URL: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>
20. OMS (2002). *Saúde 21 - Saúde para todos no século XXI*. (Abecasis, S., Trad.) Loures: Lusociência (obra original publicada em 1998);
21. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Palliative Care* [pdf]. Edit. Davies, E.; Higginson, I. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde - Europa. 2004. 32 pp. Online [Citado em 10 de Junho de 2012 - 22:00] Disponível em URL: <http://www.euro.who.int>.
22. Santos, P. (2003). *A Doença Crónica Incapacitante e Dependente na Família*. Online [Citado a 22 de Junho de 2012. Disponível em: URL: http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/conteudos/doe_cro_inca.htm;
23. APARICIO, Maria- “O apoio á família em cuidados paliativos” in NETO, Isabel Galriça - Cuidados Paliativos. Aletheia , 2010. ISBN: 978-989-622-298-7

24. NETO, Isabel - “A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos”, Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2003
25. Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: Da Prática das Mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
26. Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado: Universidade do Porto. Porto. Online: [Consultado em 18 de Junho]. Disponível em URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>;
27. Fernandes, Jacinta - “CUIDAR NO DOMICÍLIO: A SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR”, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA, 2009 [citado em 6 de Julho de 2012] Disponível em URL pdf no site: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820_ulsd57600_tm.pdf
28. GORT, A. M. et al - Escala de Zarit reduzida em cuidados paliativos. Medicina Clínica, Barcelona, 2000
29. CAPELAS, Vila M.L. - Cuidados Paliativos: Uma proposta para Portugal, Cadernos de Saúde, 2011, Vol.2 n.º 1
30. Karsch, U. (2003). *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. Cadernos de saúde pública;
31. CARVALHO, E.C. 1992. “Doente oncológico em fase avançada na comunidade: ponto de vista da enfermeira”. Revista Divulgação. N.º22. Pp. 25-34.
32. APARICIO, Maria- “O apoio á família em cuidados paliativos” in NETO, Isabel Galriça - Cuidados Paliativos. Aletheia , 2010. ISBN: 978-989-622-298-7
33. WATSON, M. et al. 2010. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Oxford University Press. 2.ª Edição. 1035 pp.
34. SERRÃO, D. *Os Cuidados Paliativos* [html]. 2005. [Consultado a 05 de Março de 2012 - 18:06]. Disponível em URL: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=197>
35. SAPETA, P. 2007. “Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos”. Revista Dor. N.º 15. Pp. 16-21.
36. SANTOS, A.; FERNANDES, B. 2010. “Analgesia não farmacológica”. Revista Nursing (Edição Portuguesa). N.º 253. Pp. 42-45.
37. POSADA, R.; LÓPEZ, M. P. (Responsáveis pela Elaboração). 2011. *Guía Clínica. Manejo de opioides potentes para el dolor por cáncer en pacientes com enfermedad terminal*. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud - FundeSalud). 119 pp.
38. RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. 2005. “Intervenções de Enfermagem ao paciente com dor”. Arquivo Ciências da Saúde. N.º 12 (1). Pp. 50-54.
39. PAYNE, S. et al. 2004. *Palliative Care Nursing - Principles and evidence for practice*. Glasgow. Open University Press. 791 pp.
40. ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Edit. Mateus, A et al. Ordem dos Enfermeiros. 2008. 55 pp.
41. MITCHELL, C. 2002. “Avaliação e tratamento da dor crónica nos doentes idosos”. Revista Nursing (Edição Portuguesa). N.º 170. Pp. 34-36.
42. LINDQVIST, O. et al. 2012. “Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study”. PLoS Med. N.º 9 (2).
43. 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. [Consultado a 03 de Março de 2012 - 10:51]. Disponível em URL: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>
44. FINE, P.; PORTENOY, R. 2005. *Guia Clínico de Analgesia Opióide*. Algés. EuroMédice. 127 pp.
45. GONÇALVES, J. F. 2002. *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. 238 pp.
46. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Pain terms* [html]. 2006. [Consultado a 03 de Março de 2012 - 14:23]. Disponível em URL: http://www.iaspain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain
47. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle da Dor* [pdf]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde do Brasil. 2001. 124 pp. Disponível em URL: http://www.inca.gov.br/publicacoes/dor_manual.pdf.
48. KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. 2002. “Adesão ao Tratamento da dor Crónica - Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais”. Arquivo Neuropsiquiatria. N.º 61 (2-B). Pp. 416-425.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior Dr. Lopes Dias

1.º MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

PROJECTO DE PREPARAÇÃO À PRÁTICA CLÍNICA E
RELATÓRIO

AUTOR: Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

ORIENTADOR: Ângela Sofia Lopes Simões

Castelo Branco, Dezembro 2011

INTRODUÇÃO

Na continuidade da II Pós-Graduação em Cuidados Paliativos leccionada na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias pertencente ao Instituto Politécnico de Castelo Branco, o ingresso no 1.º Mestrado em Cuidados Paliativos na mesma Instituição trouxe a exigência para terminar o ciclo de estudos do 3.º semestre, a realização por parte dos seus alunos de Prática Clínica no espaço temporal de Março a Julho de 2012 com uma carga horária de 300h num total de 35 turnos, com liberdade de preferência pelos serviços e equipas de estágio com duração variável, e a elaboração de um Relatório final.

Os Cuidados Paliativos são por excelência cuidados aos doentes em fim de vida e segundo Cicely Saunders citada por Capelas (2011) são um direito humano e como tal deveriam ser uma obrigação social. Segundo Harlos (2005), são cuidados prestados na aproximação do fim de vida ou no decorrer de um processo patológico crónico que têm como objectivo principal: maximizar a qualidade de vida e conforto dos doentes que se aproximam do período final das suas vidas, aliviando-os do seu sofrimento e prestando-lhes cuidados holísticos, assim como às suas famílias.

Os motivos que me levaram a frequentar a pós-graduação são agora os mesmos que me levam a ingressar no mestrado, o facto de verificar na minha prática profissional enquanto enfermeira a necessidade eminente do Ser Humano em ter Cuidados de Saúde melhores e diferenciados consoante as suas necessidades sendo imprescindível por isso que os profissionais que os assistem tenham mais e melhores respostas.

Assim, pretendo neste 3.º semestre do mestrado ingressar em estágio em dois Serviços de Cuidados Paliativos directamente ligados à comunidade, pois é a área dos serviços de saúde em que exerço, nos Cuidados de Saúde Primários, perspectivando assim fazer 15 turnos em Espanha na cidade de Cória região da Estremadura na “*Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de Coria*” com um horário de segunda à sexta das 8h às 15h, bem como 10 turnos na “*Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Beja*” de segunda à sexta-feira das 9h às 17h. Os 12 turnos destinados ao projecto de intervenção na temática dos cuidados paliativos serão realizados onde exerço a minha actividade profissional na ULS de Castelo Branco.

No final da Prática Clínica acima mencionada é solicitada a elaboração de um relatório descritivo de todas as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas como discussão e reflexão da realização dos objectivos propostos.

1. PLANIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

OBJECTIVOS GERAIS:

- ▶ Compreender e aplicar os valores e princípios dos Cuidados Paliativos na minha prática assistencial;
- ▶ Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, bem como à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos Cuidados Paliativos, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar;
- ▶ Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática dos Cuidados Paliativos;
- ▶ Desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes Equipas de Cuidados Paliativos, em regime de apoio domiciliário, em Portugal e Espanha;
- ▶ Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de Estágio Clínico, mediante a elaboração de um relatório final e da elaboração/efectivação de um Projecto de Intervenção em Cuidados Paliativos no meu Local de Trabalho.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS:

- ▶ Entender a dinâmica de funcionamento dos serviços e suas respectivas equipas profissionais de Cuidados Paliativos através de uma visita anterior à prática clínica;
- ▶ Colaborar na prestação de cuidados à pessoa com doença crónica/avançada tendo em atenção uma postura ética adequada;
- ▶ Presenciar conferências familiares de forma a conseguir entender a dinâmica de uma comunicação eficaz;
- ▶ Conseguir promover uma relação de ajuda eficaz ao doente e à sua família através da comunicação assertiva, entendendo também a sua comunicação não-verbal;
- ▶ Adquirir capacidades de escuta activa e passiva através dos diálogos com os doentes e seus familiares;
- ▶ Conseguir actuar e controlar os vários sintomas através de utilização dos instrumentos de medida e técnicas farmacológicas e não farmacológicas para alívio de sintomas;
- ▶ Acompanhar famílias em luto promover a estabilidade familiar após o falecimento do seu doente;
- ▶ Implementar um projecto de intervenção na ULS de Castelo Branco durante os 12 turnos propostos, fazendo uma sessão de educação aos cuidadores informais de doentes com uma doença terminal;
- ▶ Elaborar o relatório final com descrição da prática clínica e do projecto de implementação.

COMPETÊNCIAS

- ▶ Integrar os princípios e a filosofia Cuidados Paliativos na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde;
- ▶ Analisar valores e crenças pessoais em diferentes contextos de Cuidados Paliativos;
- ▶ 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 família;
- ▶ Analisar em profundidade e actuar como consultor em aspectos éticos, legais e culturais inerentes aos Cuidados Paliativos;
- ▶ Comunicar de forma terapêutica com o doente, familiares e Equipa de Saúde;
- ▶ Implementar programas de luto para doentes e familiares;
- ▶ Implementar, avaliar e monitorizar planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da Equipa de Cuidados Paliativos;
- ▶ Promover programas de formação em Cuidados Paliativos para diferentes Profissionais de Saúde;
- ▶ Estruturar e implementar programas em Cuidados Paliativos;
- ▶ Avaliar a qualidade dos serviços e programas implementados.

ACTIVIDADES

- ▶ Fazer uma visita guiada aos Serviços de Cuidados Paliativos antes de iniciar a prática clínica para conhecimento da equipa e da sua dinâmica de trabalho;
- ▶ Integrar as equipas de Cuidados Paliativos no domicílio proporcionando uma comunicação favorável de forma a manter um bom ambiente e uma boa relação com todos os elementos.
- ▶ Intervenção ética correcta perante situações e dilemas complexos da prática de Cuidados Paliativos que requeiram alguma análise reflexiva;
- ▶ Participação e intervenção nos cuidados necessários ao doente com doença crónica/avançada e à sua família mantendo uma comunicação assertiva;
- ▶ Proporcionar uma relação de ajuda através do exercício frequente das competências básicas da comunicação a escuta activa e passiva;
- ▶ Avaliação dos problemas familiares que promovem a conspiração do silêncio, proporcionando o diálogo das diferentes partes;
- ▶ Avaliação da dor e outros sintomas através de instrumentos devidamente validados;
- ▶ Promoção e prevenção para o alívio da dor e de outros sintomas aos doentes nos descontrolos sintomáticos;
- ▶ Planeamento e participação nas actividades no domicílio em interacção com toda a equipa de saúde de modo a proporcionar ao doente e sua família o maior conforto e qualidade de vida;
- ▶ Prestação de cuidados de enfermagem, no domicílio, de técnicas farmacológicas e não farmacológicas que proporcionem bem-estar;
- ▶ Promover o respeito pelas necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais e a conservação da dignidade humana através da manutenção da qualidade de vida de todos os doentes com uma doença crónica/avançada e seus familiares;
- ▶ Participação em conferências familiares prestando apoio e aconselhamento, reforçando a resolução de problemas e clarificando os cuidados ao doente;
- ▶ Realização de uma visita domiciliária à família enlutada pelo falecimento do seu entre querido, proporcionando momentos de diálogo e de ajuda.
- ▶ Execução do registo das actividades desenvolvidas;
- ▶ Organização do projecto de intervenção na ULS Castelo Branco;
- ▶ Implementação do projecto de intervenção através de uma sessão de educação para a saúde aos cuidadores informais de doentes com doença crónica avançada;
- ▶ Avaliação do impacto da sessão de saúde realizada na ULS.

2. PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Ao longo do Curso de Pós-Graduação em Cuidados Paliativos, muitos foram os conhecimentos adquiridos que devem ser divulgados e mostrados à sociedade em que nos encontramos inseridos.

Nos 12 turnos que pretendo promover o meu projecto de intervenção é minha intenção organizar uma sessão para a saúde nas instalações do Hospital Amato Lusitano pertencente à ULS de Castelo Branco onde pretendo aplicar um plano de sessão já organizado na Unidade Curricular 9-Pedagogia em Cuidados Paliativos, que foi realizado com mais duas colegas da Pós-Graduação.

A educação para a saúde tem como objectivo primordial ajudar a melhorar os cuidados prestados por cuidadores informais/principais aos seus doentes.

Tendo nós profissionais da saúde uma posição privilegiada de actuação perante a população, deveremos proporcionar a esta ensinos através de breves esclarecimentos ou de formações direccionados para muitas das suas incertezas e ansiedades que nascem quando surge um problema de saúde no seu núcleo familiar.

Segundo a OMS 2002, os Cuidados Paliativos são “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso nos problemas não só físicos, como a dor, mas também nos psicossociais e espirituais.”

O cuidar é um acto inerente à Vida, desde que nascemos até que morremos somos cuidados e cuidamos, a essência do cuidar é igual para todas as culturas, o que muda é a maneira como se cuida. Para Collière 2003, “ *cuidar é por essência permitir a alguém com dificuldade física e/ou psico-afectiva enfrentar a vida quotidiana*”, isto no contexto do cuidar de alguém com doença crónica/avançada que esteja no termino da sua existência.

Os Cuidadores são por excelência pessoas ligadas à saúde, nomeadamente os profissionais que trabalham em instituições sendo considerados de cuidadores formais. Todos os outros cuidadores informais/principais são segundo APARICIO 2010, pessoas (familiares ou não) que coabitam ou não com o doente e que lhe proporciona a maior parte dos cuidados informais (físicos e emocionais) de apoio quotidiano não sendo remunerados por esta actividade. Assim, a família ainda é por excelência a o principal suporte de um doente, que o auxilia nas suas actividades de vida diárias.

Uma Família que tenha no seu seio familiar alguém com uma doença incurável e progressiva tem dificuldades em lidar tanto com a doença como com o seu prognóstico pois não tem preparação para tal, esta acaba por partilhar dos problemas do doente tendo por vezes necessidade de também ser cuidada. (NETO, 2004).

A sobrecarga de uma família que cuide de um doente em fase avançada que esteja no seu domicílio é por vezes elevada, e nem sempre é valorizada. Entende-se por sobrecarga o peso físico, emocional, psíquico e social que existe associada à prestação de cuidados por parte do dito cuidador informal. (Fernandes 2009)

O apoio à família que se encontra também ela “doente” é fundamental e faz parte dos Cuidados Paliativos, fazendo com que se aumente a satisfação do enfermo e que consequentemente aumente a sua qualidade de vida. (Twycross 2003).

Para se poder cuidar um cuidador informal relativamente à sua sobrecarga existem vários instrumentos padronizados mas o mais utilizado em termos internacionais é a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Burden Interview Scale). A escala de Zarit reduzida pode ser aplicada no contexto dos cuidados paliativos, sendo uma escala de auto-avaliação pode por vezes ser aplicada pelos profissionais de saúde dependendo das características sócio culturais do cuidador bem como das dificuldades da situação emocional vivenciada (GORT 2000). O seu autor (Steve Zarit), autorizou o processo de validação para a população portuguesa, bem como a possibilidade de ser utilizada quer ao nível da investigação, quer ao nível da prática clínica, sendo que a escala reduzida com 7 itens avalia as dimensões da sobrecarga, do autocuidado e a perda do papel social e familiar num cuidador. A sua sensibilidade e especificidade permitem identificar com precisão a claudicação familiar em cuidados paliativos caso a sua pontuação seja superior (GORT 2000).

No contexto dos Cuidados Paliativos mais importante que ter consciência da sua importância é disseminar a sua missão, por isso é importante dispersar informação através de formações organizadas e de ensinamentos para a saúde tanto aos profissionais de saúde como à população em geral.

Para determinar quem poderá participar na sessão de educação para a saúde farei inicialmente o levantamento das necessidades dos cuidadores através da aplicação de um questionário breve (escala de Zarit reduzida) que tenham um score > 17 a uma amostra obtida a partir das famílias que estão na rede dos cuidados domiciliários do Centro de Saúde de Castelo Branco e também através da divulgação da sessão pela afixação de um poster de divulgação na consulta da dor e na UAC do Hospital Amato Lusitano. Poderei também fazer convites personalizados aos cuidadores principais em que detecte situação de stress e desgaste ou preocupações no cuidado ao seu doente.

Atendendo às necessidades expostas, é de suma importância que os cuidadores contactem entre si, por forma a compreenderem que não são os únicos a cometerem os mesmos erros, e a terem as mesmas questões e receios.

Citando Neto 2003, (...) a família experimenta, tal como o doente, um período de incerteza e adaptação às dificuldades percebidas e vividas., pelo que assim é necessário o apoio mas principalmente o esclarecimento por parte dos profissionais de saúde ao

cuidador informal que na maioria das vezes é um familiar directo podendo ser o conjugue ou um filho. Referindo ainda Neto 2003 “Cuidar de um doente em fase terminal representa, para além de um desafio uma sobrecarga familiar, que se acompanha de um grande impacto emocional.”

OBJECTIVOS DA SESSÃO DE SAÚDE

Objectivo geral:

- Que os cuidadores informais sejam capazes de reconhecer o impacto dos cuidados que prestam

Objectivos específicos:

- Que os cuidadores informais sejam capazes de:
 - ◆ Identificar os principais sinais de sobrecarga e sua implicação no cuidar;
 - ◆ Criar mecanismos compensatórios para evitar a sobrecarga e sua implicação no cuidar;
 - ◆ Demonstrar a importância da manutenção de relações sociais;
 - ◆ Organizar o seu tempo de forma a obter momentos de lazer.

CONTEÚDOS DA SESSÃO DE SAÚDE

- Conceito de cuidar
- Etapas de adaptação dos cuidadores à doença:
 - Enfrentar a Realidade;
 - Reorganização;
 - Perda;
 - Fase de restabelecimento;
- Sinais de sobrecarga
 - Negação;
 - Raiva;
 - Isolamento;
 - Ansiedade;
 - Depressão.
- Mecanismo para evitar a sobrecarga:
 - Não antecipar os problemas;
 - Resolver um problema de cada vez;
 - Não se isolar;
 - Falar e dizer o que sente, mesmo que sinta vergonha sobre o que pensa;
 - Aprender a ter Tempo Para Si;
 - Saber dizer: “Eu preciso de ajuda”;
 - Tentar arranjar alguém que o substitua de vez em quando;
 - Saber procurar o apoio de uma unidade de descanso do prestador de ou de um lar para uma pequena estadia do familiar, para que consiga descansar uma temporada.

Assim, durante os 12 turnos que tenho para o projecto de intervenção decidi organizar e promover uma breve formação aos cuidadores informais/principais que tenham a seu encargo doentes no domicílio com doenças crónicas/avançadas que necessitem de saber como melhor cuidar para assim proporcionar uma melhor qualidade de vida.


3. CRONOGRAMA


Os locais de Estágio abaixo apresentam um total de 300h divididos pela “Equipa de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de Coria” em 15 turnos, pela “Equipa Comunitária de Soporte em Cuidados Paliativos de Beja em 10 turnos e finalmente no meu local de trabalho na ULS de Castelo Branco com 12 turnos.


As datas propostas poderão sofrer alterações consoante a disponibilidade dos serviços.

	Fevereiro				Março				Abril				Maio			
	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas			
ALUNA	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Maria Valentina A. Santos Gonçalves				15								10				12

LEGENDA

 Equipa CP Coria (15 turnos)

 Equipa CP Beja (10 turnos)

 ULS Castelo Branco (12 turnos)

BIBLIOGRAFIA

- ✓ APARICIO, Maria- “O apoio á família em cuidados paliativos” in NETO, Isabel Galriça - Cuidados Paliativos. Aletheia , 2010. ISBN: 978-989-622-298-7
- ✓ COLLIÈRE, M. F. - “Cuidar...A primeira Arte da Vida.” 2ª Edição Lisboa - Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-53-3
- ✓ CAPELAS, Vila M.L. - Cuidados Paliativos: Uma proposta para Portugal, Cadernos de Saúde, 2011, Vol.2 n.º 1
- ✓ COBOS, Muñoz F. et al, *Atención a la Familia, Cuidados Paliativos*, Series) Aten Primaria, 2002, 84-92 pp
- ✓ Fernandes, Jacinta - “CUIDAR NO DOMICÍLIO: A SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR”, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA, 2009Disponível em URL no site:http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1088/1/20820_ulsd57600_tm.pdf
- ✓ FLORES Lozano, J.2011. *La comunicación Verbal (CV) y no Verbal (CNV)*, [pdf]. (Capítulo III, Pp. 25-43). [Citado em 1 de Janeiro de 2011 - 18:00]. Disponível em URL: <http://www.scribd.com/doc/6573197/A005-CAP-3-La-Comunicacion-Verbal-y-No-Verbal-Medicos>
- ✓ GORT, A. M. et al - Escala de Zarit reduzida em cuidados paliativos. Medicina Clínica, Barcelona, 2000
- ✓ HARLOS, M. Decision Making in Palliative Care - A Guide to Approaching Care Choices [pdf]. Manitoba: Faculdade de Medicina da Universidade de Manitoba. 2005
- ✓ NETO, Isabel - “A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos”, Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2003
- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Better Palliative Care for Older People* [pdf]. Edit. Davies, E.; Higginson, I. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde - Europa. 2004. 40 pp.. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int>.

- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Palliative Care* [pdf]. Edit. Davies, E.; Higginson, I. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde - Europa. 2004. 32 pp. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int>.

- ✓ PEREIRA, M. 2008. *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra. Formasau. 446 pp.

- ✓ POSADA, R.; LOPÉZ, M. P. *Guia Clínica de Cuidados Paliativos: Manejo de opioides potentes para el dolor por câncer en enfermos en situación terminal*. Mérida. Badajoz. Servicio Extremeño de Salud, Consejería de Sanidad y Dependencia, Junta de Extremadura. 55 pp

- ✓ SAPETA, P. 2004. “Cuidar na Agonia”. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. Castelo Branco. (n.º 17). Ano VIII. Pp. 11-16.

- ✓ SAPETA, P.2007. “Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos”. *Revista Dor*. N.º 15. Pp. 16-21. SAPETA, P. 2011. *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interacção Enfermeiro-Doente*. Loures. Lusociência. 305 pp.

- ✓ SEQUEIRA, Carlos Alberto - Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência II série*, Março 2010, N.º 12

- ✓ SILVEIRA, Nisa - Sobrecarga do Cuidador Informal de um doente com Alzheimer, *Revista Sinais Vitais*, Novembro 2008, n.º 81. ISBN: 0872-8844.

- ✓ SANCHO, M. Gomez, et al; 1999 *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*, Madrid, Arán Ediciones, S. A., (1256 pp)

- ✓ SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Guia de Cuidados Paliativos* [pdf]. 2001. 51 pp. Disponível em URL: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>

- ✓ TWYLCROSS, Robert - *Cuidados Paliativos*, 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2003. ISBN 972-796-093-6.

APÊNDICE 2



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

1.º MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS
TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS
PARA O ALÍVIO DA DOR



Magda Teresa Martins dos Santos
Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

Coria, Março de 2012

PLANEAMENTO DA SESSÃO

A IASP¹ (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 variável que não conseguimos controlar, tratando-se dum sintoma de carácter subjectivo pelo que a melhor definição será sempre a de que dor é aquilo que o doente diz que sente (Serrano-Atero et al, 2002). Sapeta (2007) refere que a dor é uma experiência única, íntima e pessoal pelo que é impossível conhecermos de forma exacta a dor de outra pessoa.

Cicely Saunders identificou outros factores importantes que podem influenciar a experiência de dor, tendo desenvolvido o conceito de “dor total” (Watson et al, 2010).

Dor total pode ser entendida como uma combinação de factores físicos, psicológicos, sociais e espirituais que actuam sobre a pessoa na sua totalidade. Esta impõe uma abordagem multidisciplinar que consiga, nomeadamente, tratar a dor com competência técnico-científica; valorar o sofrimento emocional e estabelecer intervenções adequadas; preservar/reconstruir os laços sociais e familiares e pacificar as perturbações espirituais que a pessoa refira e para as quais solicite ajuda. O objectivo será o de transformar a situação de dor total em bem-estar e qualidade de vida aceitáveis para o doente e família (Serrão, 2005).

A avaliação da dor deve ser entendida como um processo multidimensional (Twycross, 2003). Considerando que a falta de avaliação ou avaliação incorrecta da dor são as principais causas do insucesso num bom controlo e alívio da mesma, uma intervenção em Equipa e a integração do doente na Equipa como elemento activo no controlo da sua dor será a melhor forma de lhe proporcionar alívio e qualidade de vida (Watson et al, 2010).

Um dos objectivos primordiais da filosofia dos Cuidados Paliativos é a melhoria da qualidade de vida dos doentes e suas famílias. Esta passará pelo controlo e alívio de sintomas. Para alcançar este propósito será de toda a relevância que exista um plano estruturado de intervenção para controlo de sintomas como a dor.

Novos objectivos terapêuticos terão de ser formulados, nomeadamente, o controlo da dor, a diminuição do sofrimento (em todas as suas dimensões) e a humanização dos cuidados prestados. O processo de doença deverá ser encarado como algo pessoal, individual e familiar que necessitará duma intervenção personalizada na procura da melhor estratégia terapêutica e lidando com os sentimentos e emoções dos doentes e famílias, assim como do próprio Profissional (Pereira e Lopes, 2005).

Apesar do tratamento farmacológico ser a modalidade de tratamento mais utilizada na abordagem à dor, é apenas um dos vários métodos disponíveis. As intervenções farmacológicas tendem a ser mais efectivas no tratamento e alívio da dor quando combinadas com intervenções não farmacológicas e suporte psicossocial (Payne et al, 2004).

¹ IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

O controlo da dor é mais efectivo quando envolve intervenções que actuem nos diversos componentes da dor, compreendendo medidas de ordem educacional, física, emocional e comportamental que podem ser ensinadas aos doentes e familiares.

Das diversas técnicas não farmacológicas que possam ser usadas, é importante referir que estas têm de ser entendidas e aprovadas pelo doente e sua família, pois se para eles não forem credíveis, não terão o efeito desejado. O importante será o conforto e a qualidade de vida do doente e sua família.

Entidade Formadora

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, no âmbito do 1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

Tema

Técnicas não farmacológicas para o alívio da Dor

Formadores

- Enfermeira Magda Santos - Enfermeira Nível I, mestranda em Cuidados Paliativos, a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Óbidos;
- Enfermeira Maria Valentina Gonçalves - Enfermeira Nível I, mestranda em Cuidados Paliativos, a exercer funções no Centro de Saúde de Castelo Branco.

Destinatários

Profissionais de Saúde do Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de Coria.

Objectivos

Objectivo Geral

- Sensibilizar os Profissionais de Saúde para a importância da complementaridade entre técnicas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da Dor.

Objectivos específicos

Que os Profissionais de Saúde, no final da sessão, sejam capazes de:

- Nomear diferentes estratégias não farmacológicas para o alívio da dor;
- Utilizar os conhecimentos adquiridos como incentivo à prática/divulgação destas técnicas ao doente e sua família.

Conteúdos

A - A Dor

- Conceitos de Dor e Dor Total;
- Princípios da Avaliação e Controlo da Dor.

B - Técnicas não farmacológicas para o alívio da Dor

- Identificação e caracterização das diversas técnicas não farmacológicas.

Duração

Carga Horária - 20 a 30 minutos

Horário - a definir com a Equipa

Local - Sala de Consulta do Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Coria.

Estratégias/Methodologia

Formação em Serviço recorrendo ao Método expositivo-interactivo e demonstrativo. Apresentação de conteúdos em formato PowerPoint.

Referências Bibliográficas

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. [Consultado a 03 de Março de 2012 - 10:51].

Disponível em URL:

<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

FINE, P.; PORTENOY, R. 2005. *Guia Clínico de Analgesia Opióide*. Algés. EuroMédice. 127 pp.

GONÇALVES, J. F. 2002. *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. 238 pp.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Pain terms* [html]. 2006. [Consultado a 03 de Março de 2012 - 14:23]. Disponível em URL:

<http://www.iasp->

[pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain)

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle da Dor* [pdf]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde do Brasil. 2001. 124 pp.

Disponível em URL: http://www.inca.gov.br/publicacoes/dor_manual.pdf.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. 2002. “Adesão ao Tratamento da dor Crónica - Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais”. *Arquivo Neuropsiquiatria*. N.º 61 (2-B). Pp. 416-425.

LINDQVIST, O. et al. 2012. “Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study”. *PLoS Med*. N.º 9 (2).

MITCHELL, C. 2002. “Avaliação e tratamento da dor crónica nos doentes idosos”. Revista Nursing (Edição Portuguesa). N.º 170. Pp. 34-36.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Palliative Care* [pdf]. Edit. Davies, E.; Higginson, I. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde - Europa. 2004. 32 pp. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int>.

PAYNE, S. et al. 2004. *Palliative Care Nursing - Principles and evidence for practice*. Glasgow. Open University Press. 791 pp.

PEREIRA, M.; LOPES, C. 2005. *O doente oncológico e sua família*. Lisboa. Climepsi Editores. 2ª Edição. 146 pp.

PEREIRA, M. 2008. *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra. Formasau. 446 pp.

POSADA, R.; LOPÉZ, M. P. (Responsáveis pela Elaboração). 2011. *Guía Clínica. Manejo de opioides potentes para el dolor por cáncer en pacientes com enfermedad terminal*. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud - FundeSalud). 119 pp.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. 2005. “Intervenções de Enfermagem ao paciente com dor”. Arquivo Ciências da Saúde. N.º 12 (1). Pp. 50-54.

SANTOS, A.; FERNANDES, B. 2010. “Analgesia não farmacológica”. Revista Nursing (Edição Portuguesa). N.º 253. Pp. 42-45.

SAPETA, P. 2003. *Estratégias não Farmacológicas no tratamento da dor*. In *Dor e Cuidados Paliativos*. Coord. MARQUES, A. L.; NETO, I. G. Lisboa. Permanyer Portugal. Pp. 33-45.

SAPETA, P. 2007. “Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos”. Revista Dor. N.º 15. Pp. 16-21.

SAPETA, P. 2011. *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interacção Enfermeiro-Doente*. Loures. Lusociência. 305 pp.

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

SERRÃO, D. *Os Cuidados Paliativos* [html]. 2005. [Consultado a 05 de Março de 2012 - 18:06]. Disponível em URL: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=197>

SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Guia de Cuidados Paliativos* [pdf]. 2001. 51 pp.

Disponível em URL: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>

TWYLCROSS, 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.

APÊNDICE 3



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

1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR



Magda Santos
Valentina Gonçalves

Coria, Março de 2012

OBJECTIVOS

Objectivo Geral

- Sensibilizar os Profissionais de Saúde para a importância da complementaridade entre técnicas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da Dor.

Objectivos específicos

Que os Profissionais de Saúde, no final da sessão, sejam capazes de:

- Nomear diferentes estratégias não farmacológicas para o alívio da dor;
- Utilizar os conhecimentos adquiridos como incentivo à prática/divulgação destas técnicas ao doente e sua família.

SUMÁRIO

A – A Dor

- Conceitos de Dor e Dor Total;
- Princípios da Avaliação e Controlo da Dor.



B – Técnicas não farmacológicas para o alívio da Dor

- Identificação e caracterização das diversas técnicas não farmacológicas.

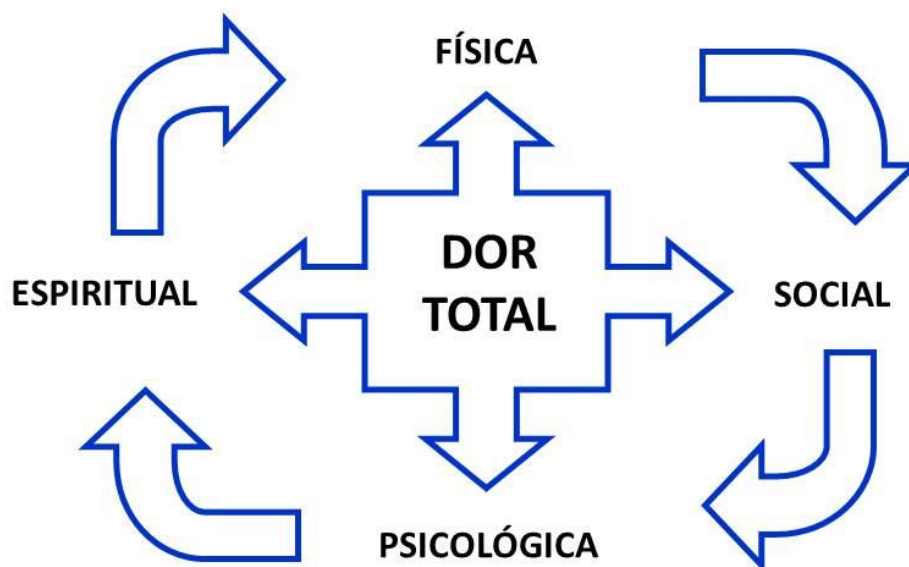
DOR

(...) uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.



(IASP, 2006)

DOR TOTAL



(Watson *et al*, 2010)

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

1. Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor;
2. A dor é uma experiência subjectiva, multidimensional, única e dinâmica;
3. A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas;
4. A percepção e expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde/doença e o contexto onde se encontra inserida;
5. A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua;

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

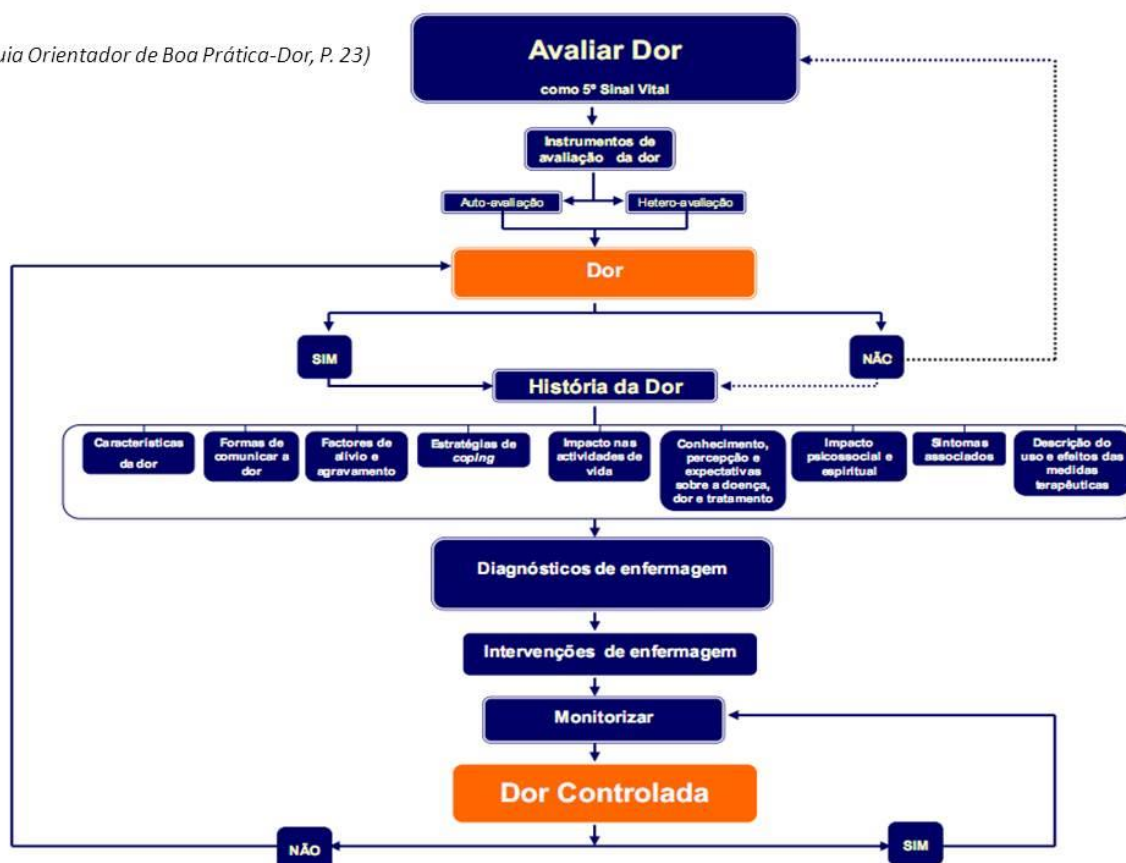
6. A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;
7. O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada;
8. Os cuidadores principais e a família são parceiros activos no controlo da dor;
9. A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família;
10. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida;

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

11. Os Enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado;
12. Os Enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional;
13. Os Enfermeiros têm responsabilidade em se articular com outros Profissionais de Saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas do controlo da dor;
14. Os Enfermeiros devem defender a mudança das políticas e a alocação de recursos que sustentam o controlo efectivo da dor.

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

(Guia Orientador de Boa Prática-Dor, P. 23)



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS



Apesar do tratamento farmacológico ser a modalidade de tratamento mais utilizada na abordagem à dor, é apenas um dos vários métodos disponíveis. As intervenções farmacológicas tendem a ser mais efectivas no tratamento e alívio da dor quando combinadas com intervenções não farmacológicas e suporte psicossocial.

(Payne *et al*, 2004).

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- As técnicas não farmacológicas são um aspecto muito importante no alívio da dor, podendo reduzir claramente a dor e diminuir a utilização de medicamentos analgésicos, uma vez que estas potenciam o bem-estar não só físico mas também o psicológico.
- Podem ser aplicadas pela equipa de saúde, pelos familiares ou até pelo próprio doente.

(Santos e Fernandes, 2010)

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS FÍSICAS

- Estimulação Cutânea (termoterapia e crioterapia);
- Estimulação Nervosa Eléctrica Transcutânea (TENS);
- Acupunctura;
- Massagem Terapêutica;
- Mobilizações activas e passivas.

MEDIDAS PSICOSSOCIAIS

- Técnicas de relaxamento (Reiki);
- Aromaterapia;
- Musicoterapia;
- Psicoterapia;
- Biofeedback.

C
O
M
U
N
I
C
A
Ç
Ã
O

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS FÍSICAS

- **Estimulação Cutânea (Termoterapia e Crioterapia)**



Utilização do calor e do frio para a dor localizada.

O **frio** atenua a inflamação e o edema através da vasoconstrição.

O **calor** produz relaxamento gradual e redução da rigidez articular e do tónus muscular, através da vasodilatação.

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS FÍSICAS

- **Estimulação Nervosa Eléctrica Transcutânea (TENS)**

Produção de **estímulos** sobre a **pele** através de dois eléctrodos ligados a um estimulador. Para o **alívio** da **dor** é fundamental a aplicação correcta dos eléctrodos relativamente ao local da dor.

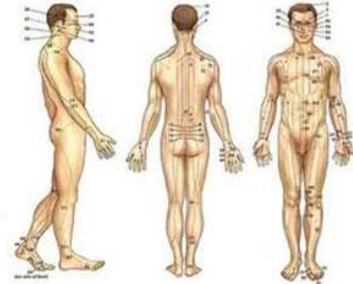


TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS FÍSICAS

- **Acunpunctura**

Medida terapêutica oriental, cada vez com maior aceitação ocidental. Consiste em **estímulos** provocados através de **agulhas** introduzidas em terminações nervosas que provoca a **inibição** da transmissão de impulsos nervosos que desencadeiam **dor** a diversos níveis do **SNS**.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS FÍSICAS

- **Massagem Terapêutica**

Procedimento antigo para o alívio da dor, sendo considerado **muito efectivo e facilmente aplicável**.

Os seus efeitos têm repercussões a nível **mecânico, fisiológico** e também **psicológicos** proporcionando ao doente relaxamento físico com uma sensação de **bem-estar**.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS FÍSICAS

- **Mobilizações Activas e Passivas**

Os exercícios **fortalecem** os **músculos**, diminuem a rigidez articular pela sua mobilização restabelecendo a coordenação e o equilíbrio.

Os doentes devem ser, segundo as suas potencialidades e padrões de fadiga, **incentivados** a **levantarem-se** e a **movimentarem-se**.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS PSICOSSOCIAIS

- **Técnicas de relaxamento**

O relaxamento produz uma sensação **subjectiva** de **bem-estar** em que se deve proporcionar ao doente um ambiente confortável e de controlo da respiração, de modo a que haja uma concentração em **imagens relaxantes**.

Uma das técnicas usadas é o **Reiki**, que consiste uma **transmissão** de **energia** através da **imposição** das **mãos** com em que se está totalmente relaxado.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS PSICOSSOCIAIS

- **Musicoterapia**

O uso da **música** para o alívio da dor é uma abordagem bastante usada e com um nível alto de **aceitabilidade** pelos pacientes. Promove o **relaxamento muscular** e alivia a ansiedade e a depressão. Ajuda a relembrar momentos significativos do passado.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS PSICOSSOCIAIS

- **Aromaterapia**

A **aromaterapia** faz-se através de substâncias aromáticas naturais: os **óleos essenciais**, estes actuam através do olfacto e de, forma subtil, afectam os sentimentos ajudando a relaxar, revigorar e a afastar os factores de stress.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS PSICOSSOCIAIS

- **Psicoterapia**

Tem como principal objectivo aumentar o **autocontrolo**, a autonomia, bem como a actividade física e social de modo a **diminuir a perturbação emocional** ligada à dor.

A intenção principal da psicoterapia é ajudar o doente a **controlar a sua vida** em vez de ser a dor a controla-la.



TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS PSICOSSOCIAIS

- **Biofeedback**

O “Biofeedback” designa o conjunto de técnicas que ajudam as pessoas a **controlarem** actividades corporais **involuntárias**. É também conhecido por **reeducar** os **comportamentos** dos **doentes**.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ❖ Ambas as técnicas farmacológicas e não farmacológicas são formas de cuidar com o objectivo de aliviar a dor e otimizar o bem-estar e conforto do doente e família;
- ❖ A vantagem principal da aplicação destas técnicas é a ausência de efeitos secundários comparativamente aos fármacos;
- ❖ As técnicas não farmacológicas têm sido desvalorizadas pelos profissionais de saúde, apesar de optimizarem o conforto e bem-estar do doente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ❖ “Aderir ao tratamento significa aceitar a terapêutica proposta e segui-la adequadamente. Vários factores influenciam na adesão: características da terapia, peculiaridades do paciente, aspectos do relacionamento com a equipe multiprofissional e variáveis socioeconómicas;” (Kurita e Pimenta, 2003)
- ❖ “o êxito no alívio da dor crónica depende de um trabalho sustentado nas **diferentes disciplinas** de uma equipa motivada e empenhada em cuidar um ser humano globalmente perturbado...” (Sapeta, 2003)

BIBLIOGRAFIA

- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. *Pain terms* [html]. 2006. [Consultado a 03 de Março de 2012 – 14:23]. Disponível em URL: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain
- KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. 2002. “Adesão ao Tratamento da dor Crónica – Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais”. *Arquivo Neuropsiquiatria*. N.º 61 (2-B). Pp. 416-425.
- LINDQVIST, O. et al. 2012. “Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study”. *PLoS Med*. N.º 9 (2).
- MITCHELL, C. 2002. “Avaliação e tratamento da dor crónica nos doentes idosos”. *Revista Nursing (Edição Portuguesa)*. N.º 170. Pp. 34-36.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Edit. Mateus, A et al. Ordem dos Enfermeiros. 2008. 55 pp.
- RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. 2005. “Intervenções de Enfermagem ao paciente com dor”. *Arquivo Ciências da Saúde*. N.º 12 (1). Pp. 50-54.
- SANTOS, A.; FERNANDES, B. 2010. “Analgésia não farmacológica”. *Revista Nursing (Edição Portuguesa)*. N.º 253. Pp. 42-45.
- SAPETA, P. 2003. *Estratégias não Farmacológicas no tratamento da dor*. In *Dor e Cuidados Paliativos*. Coord. MARQUES, A. L.; NETO, I. G. Lisboa. Permanyer Portugal. Pp. 33-45.

SESSÃO DE MUSICOTERAPIA...



MAGDA & MARIA




GRACIAS!!!

APÊNDICE 4

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

1.º MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS



TRATAMENTO DE
ÚLCERAS/FERIDAS MALIGNAS
DO DOENTE
EM CUIDADOS PALIATIVOS

Magda Teresa Martins dos Santos

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

Beja, Abril de 2012

Planeamento da sessão

O Tratamento de úlceras malignas é uma das áreas em Cuidados Paliativos que necessita de maior número de estudos e pesquisas robustas de forma a contribuir para uma melhor assistência ao doente e sua família, principalmente nesta fase de vida em que se encontra mais debilitado a nível físico, psicológico e social.

Para cuidar de forma correcta e eficaz de doentes com feridas Paliativas é necessária uma organização de estratégias, segundo um plano individualizado onde prevaleça o alívio dos sintomas e não a busca indiscriminada e, muitas das vezes, indigna da cura da ferida (Benbow, 2009).

Assim, e na sequência da Revisão Sistemática de Literatura efectuada no decorrer da 2.^a Pós-Graduação em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, e como forma de sistematização e divulgação do trabalho efectuado, surge o presente documento de suporte, nesta que é uma área desafiante e que exige respostas integradas e eficientes na procura pela melhor qualidade de vida possível do doente e sua família, no seu conforto e dignidade.

O Cuidar Paliativo inclui a estabilização da ferida existente, a prevenção de novas feridas e o controlo sintomático, com uma visão focada na qualidade de vida do doente (Bergstrom, 2011). O objectivo de não curar uma ferida no fim de vida, inclui um controlo do exsudado, do odor, maximizando a função e mobilidade do doente, prevenindo a infecção e o controlo da dor, prurido e outros sintomas associados. Não se trata da abordagem focada na ferida maligna mas sim na pessoa portadora da lesão, compreendendo a sua dimensão física, psicológica, social e espiritual. A assistência prestada deve ser desenvolvida de forma activa e integral. Devem ser definidos objectivos realistas, criando uma relação de confiança, visando garantir a melhoria da qualidade de vida do doente, preservando a auto-estima e a integridade moral, permitindo a sua convivência social e proporcionando conforto e segurança (Seaman, 2006).

Os aspectos psicológicos devem ser tratados com especial atenção, pois os factores como a alteração da auto-imagem, sentimentos de rejeição, desgosto, isolamento social, ansiedade, a doença, a solidão e o odor proveniente da lesão, levam ao afastamento do convívio social, familiar e à instalação de um quadro de depressão profunda, que contribui para o declínio do estado clínico geral (Santos, Pimenta e Nobre, 2010).

Para Alexander (2009a), uma ferida deve ser tratada em Equipa Multidisciplinar, com uma comunicação eficaz e escuta activa, compreensiva e individual permitindo e facilitando o envolvimento do doente no planeamento do seu Cuidar. A mesma autora refere que um ponto importante do Cuidar centrado no doente é permitir o tratamento de acordo com a sua visão e as suas prioridades que poderão ser diferentes daquelas de quem cuida. A abordagem deve ser multidisciplinar porque, para além do controlo sintomático, é necessário um suporte nutricional, terapia ocupacional e física, aconselhamento e apoio espiritual (Ferris et al, 2007).

O impacto da ferida maligna na qualidade de vida do doente e da família condiciona as acções de quem cuida, sendo diferente e única em cada unidade familiar e em cada indivíduo. Viver cada ferida maligna obriga a mudar os estilos de vida. Os sintomas associados complicam as actividades

de vida diária, pelo que os objectivos de cuidar da ferida serão orientados sobre o impacto que provocam na qualidade de vida.

É importante reconhecer quando os esforços para a cicatrização se tornam irrealistas ou desagradáveis para o doente, já que o tratamento deverá ir de encontro às prioridades deste e ao seu conforto. Assim, o tratamento das feridas terá de ser baseado nas preocupações do doente e na avaliação dos factores que levaram à cronicidade da ferida para que se possam traçar objectivos realistas (Chrisman, 2010).

A ferida maligna resulta de uma solução de continuidade/ruptura da epiderme causada pela infiltração de células malignas nas estruturas da pele, incluindo vasos sanguíneos e linfáticos, comprometendo a estrutura anatómica e/ou a função fisiológica. Ocorrem quando o crescimento desorganizado das células invade os tecidos e órgãos, podendo invadir outras partes do corpo de forma agressiva e incontável. Este processo dá-se lentamente, podendo levar vários anos até que prolifere e se torne visível, formando a ferida maligna. Os tumores têm capacidade para formar novos vasos sanguíneos que os nutrem e proliferam (Lo et al, 2008).

Estas feridas aparecem sobretudo nos últimos 6 meses de vida em doentes com doença terminal. Estima-se que 5 a 10% dos doentes apresentem estas feridas. Estão mais associadas a neoplasias da mama, cabeça e pescoço, rim, pulmão, ovário, cólon, pénis, bexiga, linfoma e leucemia (Naylor, 2003).

Inicialmente a ferida maligna pode apresentar-se como uma ferida que não cicatriza, a sua coloração pode variar entre rosácea, vermelho, violeta, magenta ou mesmo da cor da pele, sob um pequeno nódulo ou cratera (Maida et al, 2009).

As feridas malignas podem também ser classificadas de acordo com o seu crescimento e aspecto (Naylor, 2001):

- *Lesões malignas ulcerativas*: aspecto ulcerativo ou destrutivo e presença de crostas;
- *Feridas malignas fungosas*: com crescimento proliferativo e aspecto couve-flor;
- *Feridas fungosas malignas ulcerativas*: com um aspecto misto, vegetante e com partes ulceradas.

Os principais sinais e sintomas das feridas são exsudado, hemorragia prurido, odor, infecção e dor:

- Exsudado - O exsudado é resultante da ferida se encontrar na epiderme e a permeabilidade capilar estar aumentada, como consequência da neovascularização se encontrar débil devido ao tumor, ao catabolismo do tecido pelas bactérias, secreção das células tumorais pela permeabilidade vascular. O exsudado também pode ser proveniente do processo inflamatório adjacente relacionado com a infecção (Alexander, 2009b) Pode ser local ou sistémico, este último provém de um linfedema, linforreia, de drogas, da infecção, problemas cardíacos, ou diminuição da albumina no sangue (Benbow, 2009).
- Hemorragia - A hemorragia está associada a um aumento da rede neovascular, à friabilidade dos vasos existentes, dos novos vasos presentes no tumor pela angiogénese e coagulopatia, e pela diminuição plaquetária no local do tumor (Weirs, 2005). A hemorragia pode ser espontânea ou poderá ser traumática, sendo consequência da remoção do penso ou à mobilização do doente (dependendo do sítio do tumor) (Haynes, 2008). As grandes

hemorragias são causadas por rupturas dos principais vasos situados peri-tumor, por compressão tumoral ou devido a tratamentos traumáticos (por exemplo a radioterapia).

- Prurido - Pode ser provocado pela libertação de histamina durante o processo inflamatório de crescimento da ferida - formação tumoral, ou pela maceração da pele circundante provocada pelo exsudado que o tumor produz e que se espalha pelos tecidos. Também pode ser provocado por alergia aos pensos/tratamentos feitos no leito da ferida (Grocott e Cowley, 2001).
- Odor - A oclusão dos vasos sanguíneos provocada pela pressão tumoral diminui a difusão de oxigénio levando à hipoxia e à proliferação de bactérias oportunistas (Poletti et al, 2002) Estas bactérias que poderão ser aeróbias ou anaeróbias, num ambiente húmido, pobre em oxigénio, colonizam o leito da ferida, infectando a mesma, levando à produção de tecido necrótico e de vapores que causam o mau cheiro (Haynes, 2008).
- Infecção - A ferida fica infectada pelas condições que esta apresenta e pela oportunidade de agentes/bactérias patogénicas proliferarem e colonizarem o leito da ferida, provocando também o odor, como já descrito anteriormente. A infecção é influenciada por:
 - Severidade da lesão;
 - Idade e estado de saúde;
 - Nutrição do doente;
 - Capacidade de resposta imune do corpo.

As bactérias associadas com a infecção da ferida são: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus species*, *Pseudomonas aeruginosa* e *MRSA* (Haynes, 2008).

- Dor - Doentes com feridas malignas sentem diferentes níveis de dor dependendo do tamanho e posição da ferida. A dor pode ser neuropática, nociceptiva ou mista, e estar localizada na própria ferida ou aparecer em decorrência de:
 - Infiltração do tumor em áreas enervadas;
 - Compressão tumoral de tecidos e nervos pelo crescimento;
 - Necrose tecidual;
 - Exposição de terminações nervosas;
 - Procedimentos invasivos, quer por diagnóstico ou por tratamento, como na realização do penso;
 - Infecção e inflamação do tecido;
 - Imobilidade e má postura corporal provocado pela presença da ferida.

A dor na ferida foi descrita como possuindo três componentes:

- Dor aguda não-cíclica;
- Dor aguda cíclica;
- Dor crónica.

A dor aguda não-cíclica refere-se a um episódio único de dor, como por exemplo, dor provocada pelo desbridamento. Dor aguda cíclica ocorre com uma regularidade de base, como sempre que se faz o penso, a dor crónica persiste sem manipulação da ferida.

Este é o único sintoma em que a sua percepção pode ser alterada por factores externos, pela ansiedade e pelo medo sem estar relacionado com o estímulo doloroso (Naylor, 2008).

Para fazer um plano de cuidados e a escolha do melhor tratamento para as feridas malignas deve-se fazer uma avaliação da ferida e do local da mesma. Assim a intervenção é feita e é consistente com os objectivos, prioridades e desejos do doente (Bergstrom, 2011).

No tratamento da ferida é necessário avaliar:

- Localização da ferida;
- Tamanho da lesão;
- Profundidade;
- Percentagem de tecido desvitalizado;
- Quantidade e tipo de exsudado;
- História de hemorragia;
- Estado da pele circundante;
- Presença de odor;
- Sinais de fistula;
- Natureza e tipo de dor e os efeitos sobre o doente.

A localização de uma ferida é importante na decisão do tipo de penso, pois para o doente é importante manter uma boa imagem corporal, principalmente se este for visível (Seaman, 2006).

Devido à falta de pesquisa e de protocolos standard baseados em estudos e na evidência, o tratamento de úlceras malignas é baseado na opinião de especialistas e de estudos de caso.

Resumidamente, os princípios comuns para o tratamento paliativo destas feridas são:

1. Limpeza da ferida de forma suave com solução salina tépida, mantendo a ferida húmida;
2. O tratamento é orientado para os sintomas que mais incomodam o doente, com vista ao seu conforto, diminuição de ansiedade, aparência cosmética, redução do número de pensos a efectuar e direccionados para os sintomas a minimizar. Antecipar a hemorragia. Os esforços são no sentido de estabilizar a úlcera e prevenir futura deterioração. Para outras medidas paliativas para a doença de base discutir com o doente/família os benefícios face ao desgaste e fim de vida;
3. Estudos de caso promovem o uso de alguns apósitos como poliuretanos e espumas não aderentes para reduzir a dor e controlar exsudado, carvão activado para controlo do cheiro e apósitos de carvão activado e prata para feridas infectadas e com cheiro para proporcionar algum conforto. Considerar o uso de metronidazol tópico para controlo de cheiro;
4. Outros apósitos a considerar são os que não aderem ao leito da ferida e que absorvem exsudado como os alginatos ou as espumas. Incluir o doente na decisão sobre o material a usar, o que lhe for mais confortável e que permita uma mudança menos frequente (Chrisman, 2010).

A selecção do penso deve ser baseada no melhor produto para o tipo de úlcera para alcançar o melhor controlo sintomático.

Devido à natureza única das úlceras malignas, o produto ideal para um doente poderá ser prejudicial para outro. Para Alexander (2009c) o penso ideal seria:

1. Capaz de absorver grandes volumes de exsudado sem causar trauma na pele circundante (espumas, alginatos, hidrofibras, silicone);
2. Capaz de reduzir o odor e manter a simetria corporal o mais possível;
3. Disponível em vários tamanhos para se adaptar a lesões largas e irregulares;
4. Idealmente ter a capacidade para permanecer por longos períodos, reduzindo o inconveniente e desconforto associados às mudanças de penso. (os pensos higiénicos poderão ser muito úteis desde que consentidos pelo doente).

As úlceras malignas exigem normalmente 2 ou mais camadas. Idealmente a 1.^a deve ser não aderente, maleável e permeável para que a 2.^a camada possa absorver o excesso de exsudado. A 2.^a camada deve ser altamente absorvente, maleável e o mais estética possível. Deverá permitir manter-se *in situ* o máximo de tempo possível ou então permitir apenas a mudança da 2.^a camada. As úlceras vão mudando ao longo do tempo consoante a agressividade do cancro e dos tratamentos efectuados como cirurgia, QT ou RT. Inclusive com tratamento paliativo é de esperar que a lesão evolua. É importante que a Enfermeira tenha isso em mente para que reavalie a situação e adapte o plano de cuidados às necessidades do doente.

Entidade Formadora

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco no âmbito do 1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

Tema

Tratamento de Úlceras/Feridas Malignas do doente em Cuidados Paliativos

Formadores

- Enfermeira Magda Santos - Enfermeira Nível I, mestranda em Cuidados Paliativos, a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Óbidos;
- Enfermeira Maria Valentina Gonçalves - Enfermeira Nível I, mestranda em Cuidados Paliativos, a exercer funções no Centro de Saúde de Castelo Branco.

Destinatários

Profissionais de Saúde da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+.

Objectivos

Objectivos Gerais

- Enumerar os principais sinais e sintomas das úlceras malignas do doente em Cuidados Paliativos (Exsudado, hemorragia, prurido, odor, infecção e dor);

- Identificar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas mais utilizadas no tratamento de úlceras/feridas malignas do doente em Cuidados Paliativos;
- Demonstrar a importância da prática baseada na evidência científica.

Objectivos específicos

Que os Profissionais de Saúde, no final da sessão, sejam capazes de:

- Caracterizar os diferentes sinais e sintomas das feridas/úlceras malignas;
- Identificar as diferentes opções terapêuticas consoante os sinais e sintomas provocados pela ferida/úlceras malignas;
- Reconhecer o contributo da pesquisa da evidência científica como forma de melhorar a assistência ao doente e sua família, no caso particular do tratamento de feridas/úlceras malignas;
- Utilizar os conhecimentos adquiridos como conduta orientadora face ao doente com ferida/úlceras malignas e sua família.

Conteúdos

A - Fisiopatologia da ferida/úlceras malignas

B - Intervenção paliativa na ferida

C - Sinais e sintomas da ferida/úlceras malignas

D - Tratamento farmacológico e não farmacológico

Duração

Carga Horária - 30 a 45 min

Horário - 14h30m às 17h

Local - Sala de Reuniões do Centro de Saúde de Beja 1

Estratégias/Metodologia

Formação em Serviço (inserida na Reunião Mensal da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+) recorrendo ao Método expositivo-interactivo, demonstrativo e interrogativo. Apresentação de conteúdos em formato PowerPoint, partilha de opiniões, dúvidas ou casos/experiências que os formandos tenham vivenciado.

Referências Bibliográficas

ADDERLY, U. J., SMITH, R.. 2011. *Topical agents and dressings for fungating wounds*. Reino Unido. The Cochrane Collaboration. 22 pp .

ALEXANDER, S. 2009a. *Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment*. Journal of wound Care. Austrália. Vol 18 nº7, Pp 273- 280

ALEXANDER, S. 2009b. *Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18 nº8, Pp 325 - 329

ALEXANDER, S. 2009c. *Malignant fungating wounds: managing malodour and exudate*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18 nº9, Pp 374 - 382

ALEXANDER, S. 2009d. *Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18, nº10, Pp 418 - 425

BENBOW, M. 2009. *Fungating malignant wounds and their management*. Journal of Community Nursing. Chester - Reino Unido. Vol 23. Pp 12-18

BERGSTROM, K. 2011. *Assessment and Management of fungating wounds*. Journal Wound Ostomy Continence Nurses. Ohio. 38(1). Pp 1-7

BURNS, J. STEPHENS, M. 2003. *Palliative Wound management: the use of a glycerine hydrogel*. British Journal of Nursing. Inglaterra. Vol 12 nº6. Pp 14-18

CHRISMAN, C. 2010. *Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients*. International Wound Journal. Vol 7 nº4, Pp 214- 235

DOWSETT, C. 2002. *Malignant fungating wounds: assessment and management*. British journal of Community Nursing. London. Vol 7 nº8. Pp 394- 400

DRAPER, C. 2005. *The management of malodour and exudates in fungating wounds*. British Journal of Nursing. Inglaterra. Vol 14 nº11, Pp 4 - 12

FERRIS, F., et al. 2007. *Palliative wound care: managing chronic wounds across life's continuum: a consensus statement from the international palliative wound care initiative*. Journal of Palliative Medicine. Vol 10, nº1, Pp 37 - 39

FORD-DUNN, S. 2006. *Use of vacuum assisted closure therapy in the palliation of a malignant wound*. Palliative Medicine. 20, Pp 477-478

GROCOTT, P. 2007. *Care of patients with fungating malignant wounds*. Nursing Standard. Londres. Vol 21 nº24, Pp 57-66

GROCOTT, P., COWLEY S. 2001. *The palliative management of fungating malignant wounds - generalizing from multiple case study data using a system of reasoning*. International Journal of Nursins Studies. Vol 38, Pp 533-545

HAIFFIELD-WOLFE, ME., BAXENDALE- COX, LM. 1999, *Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study*. Oncology Nurs Forum. Vol 26, nº6, Pp 1055-1064

HAIFFIELD-WOLFE, ME, RUND, C. 1997. *Malignant cutaneous wounds: a management protocol*. Ostomy Wound Management. Vol 43, nº1, Pp 56-66

HAYNES, J. 2008. *An overview of caring for those with palliative wounds*. Journal of community Nursing, Inglaterra. Dezembro, Pp24-30

HAWTHORN, M. 2010. *Caring for a patient with a fungating malignant lesion in a hospice setting: reflecting on practice*. International Journal of Palliative Nursing. Reino Unido. Vol 16 nº2. Pp 70-76

IVECT, O., LYNE PA. 1990. *Fungating and ulcerating malignant lesions: a review of the literature*. Journal of Advanced Nursing. Vol 15, Pp 83-88

KAKIMOTO, M., TOKITA, H. et al. 2010. *A Chemical hemostatic technique for bleeding from malignant wounds*. Journal of Palliative Medicine. Japão. Vol 13 nº1. Pp 11 -13

KALINSKI, C., SCHNEPF, M., et al. 2005. *Effectiveness of a topical formulation containing metronidazol for wound odor and exudates control*. Wounds. Vol 17 nº4, Pp 84- 90

LO, S., HU, W., et al. 2008. *Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study*. Journal of Clinical Nursing. 17, Pp 2699 - 2708

LUND-NIELSEN, B., ADAMSEN, L., et al. 2011. *Qualitative bacteriology in malignant wounds - a prospective, randomized, clinical study to compare the effect of honey and silver dressings*. Ostomy Wound Management. Vol 57 nº7, Pp 28-36

MAIDA, V., ENNIS, M., et al. 2009. *Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series*. Journal of Pain and Symptom Management. Toronto. Vol 37 nº2. Pp 206- 211.

MCDONALD, A., LESAGE, P. 2006. *Palliative Mngement of pressure and malignant wounds in patients with advanced illness*. Nova Iorque. Vol 9, nº2, Pp 285 - 295

NAYLOR, W. 2001. *Assessment and management of pain in fungating wounds*. British Journal of Nursing. Vol 10

NAYLOR, W. 2003. *Palliative management of fungating wounds*. European Journal of Palliative Care. Vol 10, nº3, Pp83-88

NOBLET, M. 2008. *Assessment of a fungating breast wound*. Practice Nursing. Manchester - Inglaterra. Vol 19 n°6. Pp 282 - 286

POLETTI, N., et al. 2002. *Feridas Malignas: uma revisão de literatura*. Revista Brasileira de Cancerologia . Brasil. Vol48, n°3, Pp411-417

PROBST, S., ARBER, A., FAITHFULL, S. 2009. *Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland*. European Journal of Oncology Nursing. 13, Pp 295- 298

SANTOS, C., PIMENTA, C., NOBRE, M. 2010. *A Systematic Review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds*. Journal of Pain and Symptom Management. São Paulo - Brasil. Vol 39 n°6. Pp 1065-1076

SCHULTZ, G., SIBBALD, R., et al. 2003. *Wound bed preparation: a systematic approach to wound management*. Wound repair and regeneration. Vol 11 n°2, Pp 1- 28

SEAMAN, S. 2006. *Management of malignant fungating wounds in advanced cancer*. Seminars in Oncology Nursing. La Mesa - Califórnia. Vol 22, n°3, Pp 185 - 193

TRAN, Q., FANCHER, T. 2007. *Achieving Analgesia for Painful Ulcers, using topically applied morphine gel*. Journal Support Oncology. California. Vol 5 n° 6, Pp 289 - 293

VOLLSTEDT, C. 2000. *Management of malignant malodorous wounds*. Journal of Hospice and Palliative Nursing. St Petersburg. Vol 2 n°1. Pp 28-30

WARNKE, P., SHERRY, E. et al. 2005. *Antibacterial essential oils reduce tumor smell and inflammation in cancer patients*. Journal of Clinical Oncology. Vol 23 n°7, Pp 1588- 1589

WEIRS, D. 2005. *Managing complex malignant wounds*. ACCNS Journal for Community Nurses. Sydney. Vol 10 n°3. Pp 21, 22

WEST, D. 2007. *A palliative approach to the management of malodour from malignant fungating tumours*. International Journal of Palliative Nursing. Reino Unido. Vol 13 n°3. Pp 137 - 142

WOO, K., SIBBALD, R. 2010. *Local wound care for malignant and palliative wounds*. Advances in Skin & Wound Care. Toronto. Setembro, Pp 417- 428

APÊNDICE 5



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

1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

TRATAMENTO DE ÚLCERAS/FERIDAS MALIGNAS DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

**Magda Santos
Valentina Gonçalves**

Beja, Abril de 2012

OBJECTIVOS

Objectivos Gerais:

- Enumerar os principais sinais e sintomas das úlceras malignas do doente em Cuidados Paliativos (Exsudado, hemorragia, prurido, odor, infecção e dor);
- Identificar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas mais utilizadas no tratamento de úlceras/feridas malignas do doente em Cuidados Paliativos;
- Demonstrar a importância da prática baseada na evidência científica.

OBJECTIVOS

Objectivos Específicos:

Que os Profissionais de Saúde, no final da sessão, sejam capazes de:

- Caracterizar os diferentes sinais e sintomas das feridas/úlceras malignas;
- Identificar as diferentes opções terapêuticas consoante os sinais e sintomas provocados pela ferida/úlceras malignas;
- Reconhecer o contributo da pesquisa da evidência científica como forma de melhorar a assistência ao doente e sua família, no caso particular do tratamento de feridas/úlceras malignas;
- Utilizar os conhecimentos adquiridos como conduta orientadora face ao doente com ferida/úlceras malignas e sua família.

SUMÁRIO

- Metodologia da Revisão Sistemática da Literatura;
- Fisiopatologia da Úlcera/Ferida Maligna;
- Intervenção Paliativa na Úlcera/Ferida Maligna;
- Controlo Sintomático em Úlceras/Feridas Malignas.

METODOLOGIA

Revisão Sistemática da Literatura



Procura de estudos de qualidade que possibilitassem responder à nossa questão de investigação

Identificar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas mais utilizadas no tratamento de úlceras/feridas malignas do doente em Cuidados Paliativos

“Quais os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos mais utilizados para o desconforto, dor e sintomas de úlceras malignas do doente em Cuidados Paliativos?”

METODOLOGIA

Critérios de Inclusão:

- Todos os artigos que abordem a temática do tratamento de úlceras/feridas malignas do doente em cuidados paliativos
- Todos os artigos que abordem o controlo sintomático relacionado com úlceras/feridas malignas como sejam: odor, dor, exsudado, hemorragia

Critérios de Exclusão:

- Tratamento de Úlceras/Feridas Malignas do Doente em Cuidados Paliativos
- Artigos que envolvam crianças e adolescentes
- Artigos direccionados para lesões muito específicas associadas a tumores (fístulas, melanomas, tumores ósseos)
- Artigos que se refiram apenas a úlceras de pressão

METODOLOGIA

- Artigos escritos em inglês e português;
- Espaço temporal entre 2000 e 2011;
- Procura dos artigos científicos nas bases de dados de referência e de texto integral como a B-on, EBSCO, RCAAP, procura de Teses de Mestrado e uso do Google Académico;
- Dos 178 artigos obtidos, 51 foram seleccionados pelo *abstract*;
- 27 artigos após leitura integral e aplicação dos critérios definidos.

FISIOPATOLOGIA DA FERIDA MALIGNA

- A ferida maligna resulta de uma **ruptura** da epiderme causada pela infiltração de células malignas nas estruturas da pele, incluindo vasos sanguíneos e linfáticos, comprometendo a estrutura anatómica e/ou a função fisiológica.
- Estas feridas aparecem sobretudo nos últimos 6 meses de vida em doentes com doença terminal.
- Estima-se que 5 a 10% dos doentes apresentem estas feridas.
- Estão mais associadas a neoplasias da mama, cabeça e pescoço, rim, pulmão, ovário, cólon, pênis, bexiga, linfoma e leucemia.
- Pode apresentar-se como uma ferida que não cicatriza, a sua coloração pode variar entre rosácea, vermelho, violeta, magenta ou mesmo da cor da pele, sob um pequeno nódulo ou cratera.

FISIOPATOLOGIA DA FERIDA MALIGNA

As feridas malignas podem também ser classificadas de acordo com o seu crescimento e aspecto:

- *Lesões malignas ulcerativas*: aspecto ulcerativo ou destrutivo e presença de crostas;
- *Feridas malignas fungosas*: com crescimento proliferativo e aspecto couve-flor;
- *Feridas fungosas malignas ulcerativas*: com um aspecto misto, vegetante e com partes ulceradas.

INTERVENÇÃO PALIATIVA NA FERIDA MALIGNA

- Para **cuidar** do doente com feridas Paliativas é necessária uma organização de estratégias que assentem no **alívio** dos sintomas e não na cura da ferida;
- Não se trata da abordagem focada na ferida maligna mas sim na **pessoa** portadora da lesão;
- A assistência prestada deve ser desenvolvida de forma activa e integral tendo em vista **objectivos realistas**;
- Uma ferida deve ser tratada em Equipa Multidisciplinar, com uma comunicação eficaz e escuta activa, compreensiva e individual permitindo e facilitando o envolvimento do doente no planeamento do seu Cuidar;
- Um ponto importante do Cuidar centrado no doente é permitir o tratamento de acordo com sua visão e as suas prioridades que poderão ser diferentes de quem cuida.

INTERVENÇÃO PALIATIVA NA FERIDA MALIGNA

Controlo da Dor	Controlo dos efeitos adversos do tratamento	Controlo da Infecção
Conforto Psicológico e Espiritual	Doente Qualidade de Vida Família	Factores Estilo de Vida: -Social -Cultural -Económico
Controlo do odor e exsudado	Controlo da Hemorragia	Estética

CONTROLO SINTOMÁTICO



EXSUDADO

- Importância da escolha dos **apósitos** consoante:
 - Localização da Úlcera;
 - Quantidade de exsudado;
 - Deformidade da ferida;
 - A 1.^a camada deverá ser não aderente (**gaze gorda**);
 - A 2.^a camada deverá ser maleável, absorvente e estética;
 - É importante a manutenção dos pensos *in situ* através de Ligaduras, rede tubular e adesivo.

EXSUDADO

- O material de penso da 2.^a camada deve permitir a mudança sempre que este repasse e são, por exemplo:
 - Os alginatos;
 - Pensos de espuma;
 - Co-polímeros de amido;
 - Hidropolímeros;
 - Silicones;
- Uso de antibióticos
 - Metronidazol sistémico;
 - Metronidazol tópico a 0,75%.

EXSUDADO

- Para a redução de exsudado poderão ser usados:
 - Esteróides tópicos;
 - Permanganato de potássio;
 - Nitrato de prata em lápis ou ácido acético (vinagre);
 - Radioterapia (Como inconveniente destaca-se a irritação local ou a indisponibilidade do tratamento para o doente).

EXSUDADO

- Para lesões muito exsudativas e como prevenção da maceração da pele podem usar-se:
 - Dispositivos de contenção, como sacos colectores ou placas de barreira para ostomias;
 - Pensos higiénicos;
 - Fraldas descartáveis;
 - Produtos em pó ou creme sem álcool (vitamina A);
 - Solução polimérica de extracto córneo em spray (Cavilon®);

EXSUDADO

A **terapia não farmacológica** mais usada para controlo do **exsudado** é a **TERAPIA DE VÁCUO**:

Vantagens:

- Eliminação do odor;
- Conforto do doente;
- Penso mudado menos frequentemente;

Desvantagem:

- Possibilidade de granulação.

HEMORRAGIA

O principal objectivo será prevenir uma hemorragia no leito da ferida. Se a hemorragia for frequente ou abundante poderá ser necessário recorrer a controlo analítico para despiste de anemia e eventual transfusão sanguínea, desde que beneficie o doente e melhore a sua qualidade de vida.

HEMORRAGIA

- Proceder à remoção cuidada dos pensos, humedecidos com solução salina tépida;
- Uso de apósitos não aderentes;
- Uso de hidrogel em úlceras pouco exsudativas;
- Exercer pressão localizada por 10-15 minutos ou uso de gelo local;
- Usar alginato de cálcio devido às suas propriedades hemostáticas;
- Uso de hidrocolóides contendo pectina;
- Por cauterização recorrendo ao uso de pasta de sucralfato.

HEMORRAGIA

- Aplicação de gaze impregnada de 1:1000 de epinefrina/adrenalina, contudo o uso da adrenalina via tópica, tem de ser monitorizado e ponderado já que pode causar necrose local;
- Dose tópica de tromboplastina 100 unidades/ml;
- Nitrato de prata em lápis a 0.5%-1% aplicado directamente no ponto de hemorragia;
- Esponjas hemostáticas sobre a úlcera, cobertas por um penso secundário.

HEMORRAGIA

- Uso de antifibrinolíticos orais;
- Vasoconstritores análogos da somastatina;
- Acetona;
- Prostaglandinas;
- Ácido aminocapróico;
- Ornipressina;
- Vitamina K;
- Radioterapia;
- Quimioterapia;
- Embolização (caso esta possa ser antecipada, poderá ser pedida a intervenção do cirurgião vascular).

HEMORRAGIA

- O uso da Pasta de Moh's ou pasta de cloreto de zinco implica o seguimento de um protocolo de aplicação:
 - Anestesia local com lidocaína gel;
 - Protecção da pele circundante à úlcera;
 - Aplicação da Pasta directamente na lesão ou aplicação em gaze;
 - Exercer compressão entre 5 e 10 minutos até hemostase, retirar o excesso de Pasta com compressa humedecida.

No estudo apresentado, o tempo decorrido entre a aplicação e a hemostase foi de 10 minutos, sendo que as lesões não tornaram a sangrar num espaço de tempo compreendido entre as 3 semanas e os 3 meses.

PRURIDO

- Pode ser localizado ou generalizado;
- O prurido pode aumentar a experiência de dor ou provocar hemorragia pelo simples facto de o doente se coçar.
- Poucos métodos estão desenvolvidos para aliviar ou tratar este sintoma, o uso de anti-histamínicos sistémicos **não é eficaz**.
- Em úlceras crónicas foi testado o uso de doxepina 5% creme (antidepressivo tricíclico com propriedades anti-histamínicas) com bons resultados.
- Tratamentos feitos com o uso de mentol tópico diluído em creme aquoso e a aplicação do hidrogel aliviaram o prurido com sensação de arrefecimento da ferida maligna.

PRURIDO

Encontraram-se ainda descrições genéricas sobre o uso:

TENS;

Óleo de menta;

Capsaicina;

Corticóides sistémicos;

Anticonvulsivantes;

Antidepressivos;

Hidroxizina;

Ondasetron.

ODOR

Limpeza da Úlcera

Desbridamento de Tecido
Necrótico

Tratamento

Penso adequado

ODOR

□ HIDROGEL

- O hidrogel é um desbridante autolítico;
 - Como forma de reduzir o odor, pode recorrer-se ao desbridamento, contudo, devido ao risco de hemorragia recorre-se ao uso de agentes autolíticos como o **hidrogel** associando-se, ou não, com um **hidrocolóide**.
 - Exemplo: Novogel® + Allevyn® + Cavilon®

ODOR

□ PENSOS DE PRATA

- São eficazes na diminuição do odor.
- Usados como adjuvantes no combate ao odor, associado ao carvão activado.

□ ANTIMICROBIANOS TÓPICOS

- Mel (menos traumático pois liberta peróxido de hidrogénio);
- Açúcar;

ODOR

□ TERAPIAS ADJUVANTES

- Quimioterapia;
- Radioterapia;
- Hormonoterapia (tamoxifen e letrozole 2,5mg/d, usados com outros produtos);

ODOR

□ TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Aplicação de produtos tópicos no leito da ferida ou para usar no meio ambiente

- Os óleos essenciais (eucalipto, limão e murta) funcionam como antisépticos com efeito bactericida (70mg de óleo de eucalipto com 50mg de óleo de melaleuca, 45mg de óleo de limão, 7mg de óleo de folha de cravo e 3mg de tomilho numa solução alcoólica de base a 40% em doentes com neoplasia da cabeça e pescoço. Existiu resolução do odor após 3 dias a 1 semana, mantendo-se após a suspensão de antibiótico).

ODOR

□ TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Dois outros estudos em doentes do foro ORL:

- Usou-se óleo essencial de eucalipto num, nouro juntou-se a essência de eucalipto ao chá verde e toranja, (com o doente a fazer antibiótico).
- Foi irrigada a fístula 2x/dia, com redução ou desaparecimento do odor em 2-3 dias.

Em ambos os estudos, o uso desta terapia permitiu ao doente regressar à sua casa, melhorando a qualidade de vida e independência, a auto-imagem e a componente sócio-afectiva, com diminuição dos sinais de depressão.

ODOR

□ TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- Extracto de baunilha;
- Grânulos de café;
- Areia de gato;
- Carvão vegetal;.
- Vinagre.

ODOR

□ TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- A terapia de vácuo é usada causando pressão negativa no leito da ferida de forma oclusiva, verificou-se a realização de pensos mais espaçados (a cada 3 dias) e aumento da independência, permitindo ao doente regressar ao domicílio.

INFECCÃO

- A diminuição da colonização de uma ferida poderá diminuir o exsudado, a dor e o odor.
 - O uso de antibióticos não promove a cicatrização mas pretende a diminuição da carga bacteriana.
 - Metronidazol sistémico;
 - Metronidazol tópico a 0,75%.
 - Apósitos com prata impregnada.

INFECCÃO

- Aumento do uso de mel devido ao aumento da resistência bacteriana aos antibióticos.
- Uso de mel tratado com radiação gama (mel não tratado poderá conter esporos de *clostridium*;
- O mel cria um ambiente hiperosmótico que inibe o crescimento bacteriano e promove o desbridamento autolítico;
- O mel possui a enzima glucose oxidase que produz de forma continuada baixos níveis de peróxido de hidrogénio.

INFECÇÃO

- ▣ Combate rapidamente a infecção e impede o aumento de tecido necrótico.
- ▣ A sua alta viscosidade produz uma barreira física contra a contaminação externa.
- ▣ A melhor técnica é usar compressa 4x4 impregnada de mel (20ml), para impregnar a compressa aquece-se o mel à temperatura corporal e dilui-se 1 parte de água para 20 de mel.

INFECÇÃO

- ▣ A comparação do efeito do penso de mel *versus* penso de prata, em termos de eficácia e capacidade de redução de diâmetro das feridas não foi significativa, em termos de bacteriologia, entre as que reduziram o diâmetro e as que se mantiveram no tamanho inicial.
- ▣ Aplicação tópica de géis ou cremes antimicrobianos poderá ser suficiente;
- ▣ No caso de surgirem sinais de septicémia, o uso oral ou EV de antimicrobianos poderá ser considerado.

INFECÇÃO

- O uso de terapias adjuvantes poderá ser considerado mas em primeiro lugar deverão ser considerados o diagnóstico, prognóstico, custo e riscos, sempre no melhor interesse e conforto do doente.

DOR

- O uso de analgesia sistémica é a referência no controlo da dor mas o seu uso é, muitas vezes, complicado por biodisponibilidade imprevisível devido ao microambiente da ferida e alterações circulatórias devido à malignidade do tumor.
- É também referência a pré-medicação com opióides de acção rápida antes das mudanças de penso.
- Opióides sistémicos podem ainda ter efeitos adversos significativos. Estas limitações e a descoberta de receptores opióides periféricos despoletaram o interesse em vias alternativas para controlo da dor.

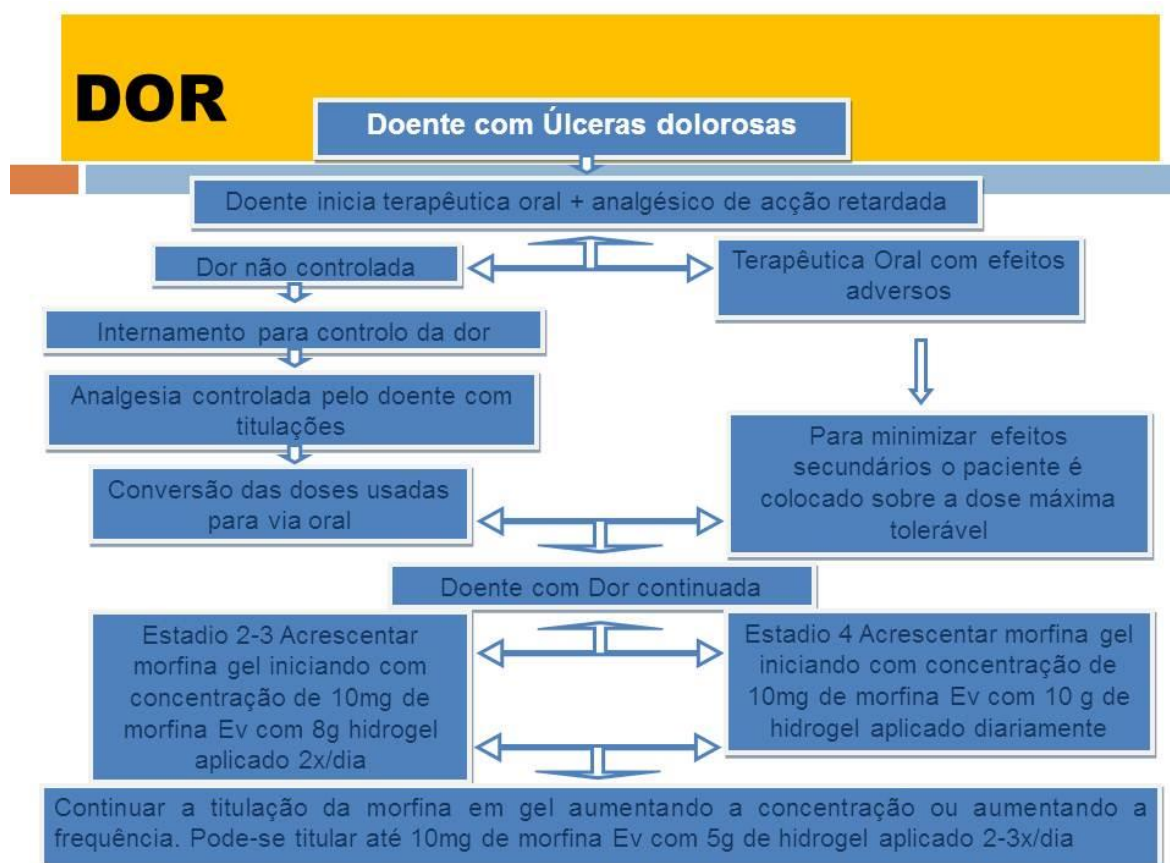
DOR

Para reduzir a dor, o tratamento local deve envolver a avaliação da causa subjacente seguindo alguns procedimentos:

- A técnica de limpeza é considerada uma fonte de dor por isso sugere-se sempre o uso de água tépida ou solução salina para limpeza simples;
- Evitar o uso de antisépticos e o esfregar excessivamente, contudo, o uso de iodopovidona como antiséptico tópico poderá diminuir a carga bacteriana;
- Nunca usar penso seco, usar a gaze gorda como 1.º apósito.

DOR

- O uso de sulfadiazina de prata a 1%, tem de ser muito bem ponderado pelo risco de hemorragia ao desbridar (dar ao doente um opióide de acção rápida aproximadamente 30 minutos antes do penso);
- Há vários estudos com o uso de outros opióides para além da morfina, mas é este o mais eficaz com um tempo de actuação prolongado (entre 2 a 45 horas) e alívio aos 60 minutos após colocação;



DOR

- O metronidazol gel também tem sido usado como suporte para opióides tópicos, como forma combinada de alívio da dor e do odor. Aplicando esta mistura uma vez ao dia consegue-se manter um alívio da dor por 24 horas.
- Uso de anestésicos de aplicação tópica como EMLA® creme (mistura eutética de anestésicos tópicos, normalmente lidocaína e prilocaína).

DOR

- O controlo da dor no leito da ferida pode ainda ser conseguido através do uso de lidocaína a 2.75% em óxido de balmexina (4h de acção) ou de patches de lidocaína;
- É também usado ibuprofeno tópico 10mg/1ml em 8g de hidrogel 1x/dia com penso de espuma como apósito secundário.
- Pode também fazer-se a aplicação de gelo antes ou depois do tratamento para amenizar a dor.

DOR

- Como **terapias adjuvantes** no tratamento da dor, sempre ponderando as vantagens face ao diagnóstico do doente e sua vontade, devem considerar-se:
 - Cirurgia;
 - Radioterapia;
 - Terapia Hormonal;
 - Quimioterapia.

DOR

- Tratamento não farmacológico
 - Relaxamento;
 - Música;
 - Massagem;
 - Visualização e imagética guiada;
 - Acupunctura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Apesar de haver uma preocupação crescente sobre este cuidado, estudos com evidências científicas são escassos, havendo uma grande lacuna em relação ao conhecimento que estes proporcionam. As informações recolhidas são baseadas em estudos de caso e artigos descritivos e, muitas das vezes, generalizadas a partir do **tratamento de outras feridas crónicas**.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A Intervenção Paliativa nesta área inclui estabilizar a ferida, prevenção de novas feridas e o controlo sintomático focado na qualidade de vida do doente e sua família.
- Os objectivos do Cuidar de úlceras malignas incluem o controlo e prevenção do **exsudado, hemorragia, prurido, odor, infecção e dor.**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- As úlceras malignas exigem normalmente 2 ou mais camadas. Idealmente a 1.^a deve ser não aderente, maleável e permeável para que a 2.^a camada possa absorver o excesso de exsudado. A 2.^a camada deve ser altamente absorvente, maleável e o mais estética possível. Deverá permitir manter-se *in situ* o máximo de tempo possível ou então permitir apenas a mudança da 2.^a camada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O odor e o exsudado são os sintomas mais difíceis de controlar, sendo o odor o mais perturbador para o doente e os que estão consigo;
- Cuidar do doente implica uma abordagem focada na pessoa portadora da lesão compreendendo a sua **dimensão física, psicológica, social e espiritual**.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A **assistência prestada** deve ser desenvolvida de forma activa e integral envolvendo o **doente e família** no **cuidar** e permitir o tratamento de acordo com a visão dele e com as suas **prioridades** que poderão ser diferentes de quem cuida.

BIBLIOGRAFIA

- ADDERLY, U. J., SMITH, R.. 2011. *Topical agents and dressings for fungating wounds*. Reino Unido. The Cochrane Collaboration. 22 pp .
- ALEXANDER, S. 2009a. *Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18 nº7, Pp 273- 280
- ALEXANDER, S. 2009b. *Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18 nº8, Pp 325 – 329
- ALEXANDER, S. 2009c. *Malignant fungating wounds: managing malodour and exudate*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18 nº9, Pp 374 - 382
- ALEXANDER, S. 2009d. *Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues*. Journal of Wound Care. Austrália. Vol 18, nº10, Pp 418 – 425
- BENBOW, M. 2009. *Fungating malignant wounds and their management*. Journal of Community Nursing. Chester – Reino Unido. Vol 23. Pp 12-18
- BERGSTROM, K. 2011. *Assessment and Management of fungating wounds*. Journal Wound Ostomy Continence Nurses. Ohio. 38(1). Pp 1-7
- BURNS, J. STEPHENS, M. 2003. *Palliative Wound management: the use of a glycerine hydrogel*. British Journal of Nursing. Inglaterra. Vol 12 nº6. Pp 14-18
- CHRISMAN, C. 2010. *Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients*. International Wound Journal. Vol 7 nº4, Pp 214- 235
- DOWSETT, C. 2002. *Malignant fungating wounds: assessment and management*. British journal of Community Nursing. London. Vol 7 nº8. Pp 394- 400

BIBLIOGRAFIA

- DRAPER, C. 2005. *The management of malodour and exudates in fungating wounds*. British Journal of Nursing. Inglaterra. Vol 14 nº11, Pp 4 – 12
- FERRIS, F., et al. 2007. *Palliative wound care: managing chronic wounds across life's continuum: a consensus statement from the international palliative wound care initiative*. Journal of Palliative Medicine. Vol 10, nº1, Pp 37 – 39
- FORD-DUNN, S. 2006. *Use of vacuum assisted closure therapy in the palliation of a malignant wound*. Palliative Medicine. 20, Pp 477-478
- GROCOTT, P. 2007. *Care of patients with fungating malignant wounds*. Nursing Standard. Londres. Vol 21 nº24, Pp 57-66
- GROCOTT, P., COWLEY S. 2001. *The palliative management of fungating malignant wounds – generalizing from multiple case study data using a system of reasoning*. International Journal of Nursing Studies. Vol 38, Pp 533-545
- HAIFFIELD-WOLFE, ME., BAXENDALE- COX, LM. 1999. *Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study*. Oncology Nurs Forum. Vol 26, nº6, Pp 1055-1064
- HAIFFIELD-WOLFE, ME, RUND, C. 1997. *Malignant cutaneous wounds: a management protocol*. Ostomy Wound Management. Vol 43, nº1, Pp 56-66
- HAYNES, J. 2008. *An overview of caring for those with palliative wounds*. Journal of community Nursing, Inglaterra. Dezembro, Pp24-30
- HAWTHORN, M. 2010. *Caring for a patient with a fungating malignant lesion in a hospice setting: reflecting on practice*. International Journal of Palliative Nursing. Reino Unido. Vol 16 nº2. Pp 70-76

BIBLIOGRAFIA

- IVECT, O., LYNE PA. 1990. *Fungating and ulcerating malignant lesions: a review of the literature*. Journal of Advanced Nursing. Vol 15, Pp 83-88
- KAKIMOTO, M., TOKITA, H. et al. 2010. *A Chemical hemostatic technique for bleeding from malignant wounds*. Journal of Palliative Medicine. Japão. Vol 13 nº1. Pp 11 -13
- KALINSKI, C., SCHNEPF, M., et al. 2005. *Effectiveness of a topical formulation containing metronidazol for wound odor and exudates control*. Wounds. Vol 17 nº4, Pp 84- 90
- LO, S., HU, W., et al. 2008. *Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study*. Journal of Clinical Nursing. 17, Pp 2699 – 2708
- LUND-NIELSEN, B., ADAMSEN, L., et al. 2011. *Qualitative bacteriology in malignant wounds – a prospective, randomized, clinical study to compare the effect of honey and silver dressings*. Ostomy Wound Management. Vol 57 nº7, Pp 28-36
- MAIDA, V., ENNIS, M., et al. 2009. *Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series*. Journal of Pain and Symptom Management. Toronto. Vol 37 nº2. Pp 206- 211.
- MCDONALD, A., LESAGE, P. 2006. *Palliative Mngement of pressure and malignant wounds in patients with advanced illness*. Nova Iorque. Vol 9, nº2, Pp 285 – 295
- NAYLOR, W. 2001. *Assessment and management of pain in fungating wounds*. British Journal of Nursing. Vol 10
- NAYLOR, W. 2003. *Palliative management of fungating wounds*. European Journal of Palliative Care. Vol 10, nº3, Pp83-88
- NOBLET, M. 2008. *Assessment of a fungating breast wound*. Practice Nursing. Manchester – Inglaterra. Vol 19 nº6. Pp 282 - 286

BIBLIOGRAFIA

- POLETTI, N., et al. 2002. *Feridas Malignas: uma revisão de literatura*. Revista Brasileira de Cancerologia . Brasil. Vol48, nº3, Pp411-417
- PROBST, S., ARBER, A., FAITHFULL, S. 2009. *Malignant fungating wounds: a suevey of nurses' clinical practice in Switzerland*. European Journal of Oncology Nursing. 13, Pp 295- 298
- SANTOS, C., PIMENTA, C., NOBRE, M. 2010. *A Systematic Review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds*. Journal of Pain and Symptom Management. São Paulo – Brasil. Vol 39 nº6. Pp 1065-1076
- SCHULTZ, G., SIBBALD, R., et al. 2003. *Wound bed preparation: a systematic approach to wound management*. Wound repair and regeneration. Vol 11 nº2, Pp 1- 28
- SEAMAN, S. 2006. *Management of malignant fungating wounds in advanced cancer*. Seminars in Oncology Nursing. La Mesa – Califórnia. Vol 22, nº3, Pp 185 – 193
- TRAN, Q., FANCHER, T. 2007. *Achieving Analgesia for Painful Ulcers, using topically applied morphine gel*. Journal Support Oncology. California. Vol 5 nº 6, Pp 289 – 293
- VOLLSTEDT, C. 2000. *Management of malignant malodorous wounds*. Journal of Hospice and Palliative Nursing. St Petersburg. Vol 2 nº1. Pp 28-30
- WARNKE, P., SHERRY, E. et al. 2005. *Antibacterial essential oils reduce tumor smell and inflammation in cancer patients*. Journal of Clinical Oncology. Vol 23 nº7, Pp 1588- 1589
- WEIRS, D. 2005. *Managing complex malignant wounds*. ACCNS Journal for Community Nurses. Sydney. Vol 10 nº3. Pp 21, 22
- WEST, D. 2007. *A palliative approach to the management of malodour from malignant fungating tumours*. International Journal of Palliative Nursing. Reino Unido. Vol 13 nº3. Pp 137 – 142
- WOO, K., SIBBALD, R. 2010. *Local wound care for malignant and palliative wounds*. Advances in Skin & Wound Care. Toronto. Setembro, Pp 417- 428




**BEM-HAJA
PELA VOSSA ATENÇÃO!**

APÊNDICE 6

À Excelentíssima Sra.
Enfermeira Responsável pela ECCI

Fátima Santos

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves, enfermeira do ACES BIS, da ULS de Castelo Branco, integrada na equipa USCP 5 e com o número mecanográfico: 02746, vem por este meio convidá-la a assistir à apresentação na **Biblioteca do Centro de Saúde de São Miguel no dia 5 de Julho pelas 12h30** à proposta do projecto de intervenção aos Cuidadores Informais no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos que tem por nome **“Cuidar do Cuidador”**.

A apresentação será realizada à equipa da ECCI, da qual faz parte, pois somente com a cooperação da equipa será possível mais tarde colocar em prática o desafio proposto.

Desde já agradeço o tempo despendido.

Atenciosamente

Castelo Branco, 29 de Junho 2012

A Enfermeira

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

À Excelentíssima Vogal
de Enfermagem do ACES BIS
Enfermeira Umbelina

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves, enfermeira do ACES BIS, da ULS de Castel Branco, integrada na equipa USCP 5 e com o número mecanográfico: 0246, vem por este meio pedir a vossa excelência que dê autorização para apresentar na **Biblioteca do Centro de Saúde de São Miguel no dia 5 de Julho pelas 12h30** à proposta do projecto de intervenção aos Cuidadores Informais no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos que tem por nome **“Cuidar do Cuidador”**.

A apresentação será realizada à equipa da ECCI, da qual faz parte, pois somente com a cooperação da equipa será possível mais tarde colocar em prática o desafio proposto.

Desde já agradeço o tempo despendido, convidando-a também para que possa comparecer na apresentação para assim se poder inteirar de todo o plano do projecto que pretendo colocar em prática.

Atenciosamente

Castelo Branco, 29 de Junho 2012

A Enfermeira

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

Ao Excelentíssimo Sr.
Presidente do Conselho Clínico do Aces
BIS
Dr. Carlos Borga

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves, enfermeira do ACES BIS, da ULS de Castelo Branco, integrada na equipa USCP 5 e com o número mecanográfico: 0246, vem por este meio pedir a vossa excelência que dê autorização para apresentar na **Biblioteca do Centro de Saúde de São Miguel no dia 5 de Julho pelas 12h30** à proposta do projecto de intervenção aos Cuidadores Informais no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos que tem por nome **“Cuidar do Cuidador”**.

A apresentação será realizada à equipa da ECCL, da qual faz parte, pois somente com a cooperação da equipa será possível mais tarde colocar em prática o desafio proposto.

Desde já agradeço o tempo despendido, convidando-a também para que possa comparecer na apresentação uma vez que é também elemento médico da equipa ECCL, para assim se poder inteirar de todo o plano do projecto que pretendo colocar em prática futuramente.

Atenciosamente

Castelo Branco, 29 de Junho 2012

A Enfermeira

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

À Excelentíssima Sra.
Enfermeira da ECCI
Anabela Barata

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves, enfermeira do ACES BIS, da ULS de Castel Branco, integrada na equipa USCP 5 e com o número mecanográfico: 0246, vem por este meio convida-la a assistir à apresentação na **Biblioteca do Centro de Saúde de São Miguel no dia 5 de Julho pelas 12h30** à proposta do projecto de intervenção aos Cuidadores Informais no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos que tem por nome **“Cuidar do Cuidador”**.

A apresentação será realizada à equipa da ECCI, da qual faz parte, pois somente com a cooperação da equipa será possível mais tarde colocar em prática o desafio proposto.

Desde já agradeço o tempo despendido.

Atenciosamente

Castelo Branco, 29 de Junho 2012

A Enfermeira

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

À Excelentíssima Sra.
Enfermeira da ECCI
Carla Martins

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves, enfermeira do ACES BIS, da ULS de Castel Branco, integrada na equipa USCP 5 e com o número mecanográfico: 0246, vem por este meio convida-la a assistir à apresentação na **Biblioteca do Centro de Saúde de São Miguel no dia 5 de Julho pelas 12h30** à proposta do projecto de intervenção aos Cuidadores Informais no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos que tem por nome **“Cuidar do Cuidador”**.

A apresentação será realizada à equipa da ECCI, da qual faz parte, pois somente com a cooperação da equipa será possível mais tarde colocar em prática o desafio proposto.

Desde já agradeço o tempo despendido.

Atenciosamente

Castelo Branco, 29 de Junho 2012

A Enfermeira

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

À Excelentíssima Sra.
Enfermeira da ECCI
Luísa Pereira

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves, enfermeira do ACES BIS, da ULS de Castel Branco, integrada na equipa USCP 5 e com o número mecanográfico: 0246, vem por este meio convida-la a assistir à apresentação na **Biblioteca do Centro de Saúde de São Miguel no dia 5 de Julho pelas 12h30** à proposta do projecto de intervenção aos Cuidadores Informais no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos que tem por nome **“Cuidar do Cuidador”**.

A apresentação será realizada à equipa da ECCI, da qual faz parte, pois somente com a cooperação da equipa será possível mais tarde colocar em prática o desafio proposto.

Desde já agradeço o tempo despendido.

Atenciosamente

Castelo Branco, 29 de Junho 2012

A Enfermeira

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

À Excelentíssima Sra.
Assistente Social da ECCI
Paula Cardoso

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves, enfermeira do ACES BIS, da ULS de Castelo Branco, integrada na equipa USCP 5 e com o número mecanográfico: 0246, vem por este meio convidá-la a assistir à apresentação na **Biblioteca do Centro de Saúde de São Miguel no dia 5 de Julho pelas 12h30** à proposta do projecto de intervenção aos Cuidadores Informais no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos que tem por nome **“Cuidar do Cuidador”**.

A apresentação será realizada à equipa da ECCI, da qual faz parte, pois somente com a cooperação da equipa será possível mais tarde colocar em prática o desafio proposto.

Desde já agradeço o tempo despendido.

Atenciosamente

Castelo Branco, 29 de Junho 2012

A Enfermeira

Maria Valentina Almeida Santos Gonçalves

APÊNDICE 7



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

1.º Mestrado em
Cuidados Paliativos

Apresentação do Projecto de Intervenção "Cuidar do Cuidador"



Proposta
à equipa
ECCI

Valentina Gonçalves

Castelo Branco, 05 Julho de 2012

APRESENTAÇÃO



- Enfermeira na UCSP 5;
 - II Pós-graduação em Cuidados Paliativos na ESALD:
 - Revisão Sistemática de Literatura acerca de Feridas Malignas;
 - Mestranda no 1.º Mestrado de Cuidados Paliativos da ESALD:
 - Prática Clínica:
 - "Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de Coria" -Espanha ;
 - "Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Beja +".
 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO NO CENTRO DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO "CUIDAR DO CUIDADOR"

“Cuidar do Cuidador”



Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos são por excelência cuidados aos **doentes em fim de vida** e citando Cicely Saunders segundo Capelas (2011) eles são um **direito humano** e como tal deveriam ser uma **obrigação social**.

Pretendem promover a qualidade de vida e conforto dos doentes que se aproximam do período final das suas vidas, aliviando-os do seu sofrimento e prestando-lhes **cuidados holísticos**, assim como às suas **famílias**.

“Cuidar do Cuidador”

TEMA

“A importância dos cuidadores informais em doentes crónicos/com doença prolongada no domicílio”.

“Cuidar do Cuidador”



Destinatários

Famílias/Cuidadores Informais que pertencem ao Centro de Saúde de Castelo Branco, acompanhados pela equipa da ECCI.

“Cuidar do Cuidador”



OBJECTIVOS GERAIS

Que os cuidadores informais sejam capazes de reconhecer o impacto dos **cuidados** que prestam, **melhorando-os** e **valorizando-os**.

“Cuidar do Cuidador”



Projecto de intervenção:

Pretendo **elaborar** este projecto com a vossa **cooperação**, entre Outubro 2012 a Junho 2013.

Através de várias **sessões** para a saúde com uma frequência **mensal**.

“Cuidar do Cuidador”



Assim pretendo que haja...

- ❖ Cuidadores Informais **melhor preparados** para cuidar;
- ❖ Cuidadores Informais **mais autónomos**;
- ❖ Maior **QUALIDADE DE VIDA** para doente e família/cuidador informal.

“Cuidar do Cuidador”



CUIDAR É...

- ❖ Zelar pelo **BEM- ESTAR**;
- ❖ Prestar assistência;
- ❖ Assumir responsabilidade e encargos;
- ❖ “É um acto de **VIDA**”.

“Cuidar do Cuidador”



Porquê Cuidar dos Cuidadores?

- Aumento do número de pessoas com doenças crónicas a precisar de cuidados;
- Aumento da esperança média de vida;
- Baixos recursos económicos para institucionalizar.

“Cuidar do Cuidador”



DIREITOS do CUIDADOR

- ❑ Cuidar de si mesmo;
- ❑ Ter sentimentos negativos;
- ❑ Pedir ajuda;
- ❑ Ser respeitado;
- ❑ Desfrutar da sua própria vida.

“Cuidar do Cuidador”



Temas propostos para o projecto:

- ❖ Cuidar e cuidar-se;
- ❖ Gestão da dor;
- ❖ Alimentação;
- ❖ Apoios Sociais;

“Cuidar do Cuidador”



Temas propostos:

- ❖ Como lidar com as emoções;
- ❖ Higiene/Higiene Oral;
- ❖ Luto;
- ❖ Posicionamentos;
- ❖ Espiritualidade.

“Cuidar do Cuidador”



❖ Cuidar e Cuidar-se

- Identificar os principais sinais de **sobrecarga** e sua implicação no cuidar;
- Criar **mecanismos compensatórios** para evitar a sobrecarga e sua implicação no cuidar;
- Organizar o seu tempo de forma a obter momentos de **lazer**;

“Cuidar do Cuidador”



❖ Gestão da dor

- Proporcionar o **alívio** da dor crónica;
- Promover sensações de conforto e bem estar, de relaxamento físico e mental, da pessoa cuidada com dor;

“Cuidar do Cuidador”



❖ Alimentação

- Explicar a importância de uma alimentação equilibrada e saudável;
- Incentivar uma mudança de hábitos alimentares;

“Cuidar do Cuidador”



❖ Apoios Sociais

- Informar acerca dos apoios disponíveis na comunidade;
- Esclarecer dúvidas relativas a estes apoios.

“Cuidar do Cuidador”



❖ Como lidar com as emoções

- Promover estratégias de *coping* nos cuidadores informais;
- Facilitar a expressão de emoções relativas à prestação de cuidados;
- Demonstrar a importância da manutenção de relações sociais;

“Cuidar do Cuidador”



❖ Higiene/Higiene Oral

- Explicar a importância de uma higiene corporal e oral adequada;
- Instruir os cuidadores informais sobre a técnica de higiene corporal e oral.

“Cuidar do Cuidador”



❖ Luto

- Promover o luto **saudável** em vez do luto patológico;
- Quando se deve pedir ajuda.

“Cuidar do Cuidador”



❖ Posicionamentos

- Permitir a aquisição de conhecimentos acerca da importância de posicionar e de transferir a pessoa cuidada;
- Instruir os cuidadores informais sobre as técnicas de posicionamento/transferência;

“Cuidar do Cuidador”



❖ Espiritualidade

- Descobrir a fé e esperança;
- Ensinar e promover o bem-estar físico visando o espiritual através da aceitação dos acontecimentos da vida.

“Cuidar do Cuidador”



“Cuidar dos outros é no fundo um cuidar de nós próprios...”

“Cuidar de quem cuida é tão ou mais importante como cuidar de quem está doente.”

“Cuidar do Cuidador”



“Cuidar sempre como gostaria de ser cuidada.”

“Cuidar do Cuidador”



FIM



APÊNDICE 8

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

1.º Mestrado em Cuidados Paliativos

Questionário da proposta de projecto de intervenção “CUIDAR do CUIDADOR” à equipa da ECCI

<u>Coloque um círculo em um dos números que acha mais conveniente:</u>						
1-Não concordo						5- Concordo totalmente
1.O tema proposto para o projecto, “Cuidar do Cuidador” é pertinente?						
1	2	3	4	5		
2. Achou os objectivos do projecto perceptíveis?						
1	2	3	4	5		
3. O projecto de intervenção “Cuidar do Cuidador” tem viabilidade prática?						
1	2	3	4	5		
4. Será importante para a nossa comunidade o projecto de intervenção de ajuda ao cuidador Informal?						
1	2	3	4	5		
5. Sugestões/opiniões.						

Bem-haja

05/07/2012
Valentina Gonçalves