



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

Relatório de Prática Clínica

Idosos com dor crónica: intervenções da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos

Mestrado em Cuidados Paliativos

Ângela Sofia Paulo Gonçalves

Orientadores

Orientador: Professor Doutor Eduardo José Brazete Carvalho Cruz

Co-orientador: Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Julho de 2013



Relatório de Prática Clínica

Idosos com dor crónica: intervenção da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos

Ângela Sofia Paulo Gonçalves

Orientadores

Orientador: Professor Doutor Eduardo José Brazete Carvalho Cruz

Co-orientador: Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Relatório de Prática Clínica apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, realizado sob a orientação científica do Professor Coordenador Doutor Eduardo José Brazete Carvalho Cruz, do Instituto Politécnico de Setúbal, e co-orientação científica da Professora Coordenadora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Julho de 2013

Composição do júri

Presidente

Mestre Carlos Alberto Figueira de Chaves

Orientador

Professor Doutor Eduardo José Brazete Cruz

Professor Coordenador do Instituto Politécnico de Setúbal

Co-Orientador

Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Arguente

Professor Doutor Nuno do Carmo Cordeiro

Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedico este trabalho
aos meus pais e à minha irmã
que sempre me apoiaram durante a realização do Mestrado
e que estiveram sempre presentes para me incentivar.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz pela sua preciosa orientação, paciência e disponibilidade.

À Professora Doutora Ana Paula Sapeta pela co-orientação e ajuda, mas sobretudo pela forma como se dedica aos Cuidados Paliativos e como “contagia” os outros ao seu redor.

Aos formadores do Mestrado, profissionais dedicados que nos transmitiram muitos dos seus conhecimentos e que partilharam a sua experiência connosco.

À fisioterapeuta do contexto clínico pela orientação na prática clínica realizada na UCP e pela disponibilidade e atenção dispensadas.

À equipa da UCP por me terem acolhido e ensinado tanto com as suas boas práticas.

Aos doentes e famílias da UCP por permitirem que cuidasse deles.

Aos profissionais da estrutura residencial onde trabalho por possibilitarem que realizasse ali o projeto de intervenção e por colaborarem no mesmo, dispensando o seu tempo pessoal.

Aos meus amigos pelo apoio e incentivo constantes.

À minha família por aturarem o meu mau humor com muita paciência e carinho e em especial à minha irmã por me ajudar sempre que precisei.

Áqueles que não estou a nomear mas que dalguma forma contribuíram para que eu conseguisse realizar este Mestrado.

A todos o meu bem-haja!!!

“Estamos preocupados consigo por ser uma pessoa e vamos preocupar-nos consigo até ao último instante da sua vida. Faremos tudo não só para o ajudar a morrer em paz mas também para que viva até à morte.”

Cicely Saunders

Resumo

Este relatório enquadra-se no âmbito do 1º Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e visa a obtenção do grau de Mestre. Nele são abordados sobretudo a prática clínica que foi efectuada numa Unidade de Cuidados Paliativos e um projecto de intervenção que decorreu numa Estrutura Residencial para Idosos.

A prática clínica teve lugar numa Unidade de Cuidados Paliativos de qualidade reconhecida, cuja caracterização, tipologia e nível de diferenciação são explicitados. Esta permitiu que vivenciasse casos clínicos relevantes e distintos. Tendo por base esta prática clínica e recorrendo à fundamentação através de bibliografia foi feita uma reflexão crítica incidente sobre as quatro áreas-chave dos Cuidados Paliativos: trabalho em equipa, comunicação, apoio à família e controlo de sintomas. Foi também abordado o papel da Fisioterapia em Cuidados Paliativos, designadamente na Unidade de Cuidados Paliativos em que a prática foi efectuada.

Foi feito o enquadramento do tema “Idosos com dor crónica: intervenções da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos” e descritos os resultados de uma revisão da literatura subordinada à mesma temática, resultados estes que foram posteriormente divulgados com a apresentação de um poster numas jornadas, com o principal objectivo de alertar para a necessidade de se desenvolver mais investigação sobre o papel da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos.

O projecto de intervenção, que decorreu na Estrutura Residencial para Idosos em que trabalho, foi implementado com o objetivo de aumentar a avaliação da intensidade da dor face à percepção que tinha que este era um aspeto que podia ser melhorado e tendo em conta os benefícios que daí poderiam advir, encetando várias acções, nomeadamente um workshop sobre avaliação da intensidade da dor e uma formação em serviço sobre dor e comunicação. Os resultados deste projecto foram positivos, mas poderiam ter sido ainda mais. Com esse intuito procurarei dar continuação ao mesmo.

Palavras chave

Idoso; dor crónica; Fisioterapia; Cuidados Paliativos

Abstract

This report falls under the first Master in Palliative Care of the *Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco* and aims to obtain a Master's degree. In it are addressed primarily the clinical practice that was carried out in a Palliative Care Unit and an intervention project that took place in a Residential Structure for Senior Citizens.

The clinical practice took place in a Palliative Care Unit of recognized quality, whose characteristics, type and level of differentiation are explained. This allowed me to experience relevant and distinct clinical cases. Based on this clinical practice and using the reasoning through bibliography a critical reflection incident on the four key areas of palliative care was made: teamwork, communication, family support and symptom control. It was also addressed the role of physiotherapy in palliative care, especially in the Palliative Care Unit in which the practice took place.

The framework of the theme "Older adults with chronic pain: physical therapy interventions under the Palliative Care" was made and the results of a literature review subject to the same theme were described, these results were later released with a poster presentation at a conference with the primary aim of raising awareness of the need to conduct further research into the role of physiotherapy in the context of palliative care.

The intervention project, which held place in the Residential Structure for Seniors in which I work, was implemented in order to increase the assessment of pain intensity due to the perception that this was an aspect that could be improved, taking into account the benefits it could entail, engaging in various activities, including a workshop on assessment of pain intensity and in-service formation about pain and communication. The results of this project were positive, but it could have been even more. With this in mind i will try to give it continuity.

Keywords

Elderly; chronic pain; Physical therapy; Palliative Care

Índice geral

Resumo	XI
Abstract	XIII
Introdução	01
1. Objectivos e Competências	03
Parte I	
2. Prática Clínica e Assistencial	07
2.1 Funcionamento e organização de uma Unidade de Cuidados Paliativos	09
2.1.1. Caracterização da Unidade de Cuidados Paliativos	10
2.1.2. Tipologia de prestação de cuidados	12
2.1.3. Nível de diferenciação da Unidade	14
2.2. Áreas-chave dos Cuidados Paliativos: Reflexão Crítica	17
2.2.1. Trabalho em Equipa	18
2.2.2. Comunicação	23
2.2.3. Apoio à Família	30
2.2.4. Controlo de Sintomas	41
2.3. Fisioterapia em Cuidados Paliativos	51
Parte II	
3. Idosos com dor crónica: intervenções da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos	59
3.1. Revisão da Literatura	63
4. Projeto de Intervenção	72
4.1. Diagnóstico de Situação	75
4.2. Descrição das Acções	76
4.3. Avaliação da Intervenção	80
Conclusão	87
Referências Bibliográficas	91
Apêndices	99
Anexos	179

Índice de apêndices

Apêndice 1 – Casos clínicos	99
Apêndice 2 – Tabelas de extracção de dados dos artigos da revisão da literatura	111
Apêndice 3 – Poster - 3ª Jornada de Fisioterapia em Cuidados Continuados	118
Apêndice 4 – Cartazes de sensibilização	119
Apêndice 5 – Carta convite para o workshop: avaliação da intensidade da dor	120
Apêndice 6 – Planeamento do workshop: avaliação da intensidade da dor	121
Apêndice 7 – Folha de análise do artigo	123
Apêndice 8 – Folha de presenças	124
Apêndice 9 – Folha de avaliação pedagógica	125
Apêndice 10 – Apresentação do workshop “Avaliação da Intensidade da Dor”	126
Apêndice 11 – Cartaz de divulgação da formação em serviço: dor e comunicação	138
Apêndice 12 – Planeamento da formação em serviço: dor e comunicação	139
Apêndice 13 – Foto do local da formação	141
Apêndice 14 – Foto da t-shirt DOR	142
Apêndice 15 – Foto da t-shirt COMUNICAÇÃO	143
Apêndice 16 – Post-its	144
Apêndice 17 – Folhas com indicações para o role-playing	145
Apêndice 18 – Fotografia da dramatização	147
Apêndice 19 – Folha de avaliação do “Role-playing”	148
Apêndice 20 – Folha de presenças	149
Apêndice 21 – Folha de avaliação pedagógica	150
Apêndice 22 – Apresentação da formação em serviço “Dor e Comunicação”	151
Apêndice 23 – Certificados de participação	168
Apêndice 24 – Avaliação da Intensidade da Dor – Orientações	169
Apêndice 25 – Folha de registo dos sinais vitais	172
Apêndice 26 – Escalas	173
Apêndice 27 – Foto das t-shirts no vestiário	174
Apêndice 28 – Foto da secretária no vestiário	175
Apêndice 29 – Folhas de avaliação pedagógica da repercussão	176

Índice de anexos

Anexo 1 – Registo das conferências familiares na UCP	179
Anexo 2 – Escala de Zarit reduzida	181
Anexo 3 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton	182
Anexo 4 – Escala de Karnofsky Australia Modificada	183
Anexo 5 – Índice de Barthel	184
Anexo 6 – Escala de Quedas de Morse	186
Anexo 7 – Escala de Braden	188
Anexo 8 – Folha de registo	191
Anexo 9 – Lista da IAHPC dos fármacos essenciais em Cuidados Paliativos	192
Anexo 10 – Certificado de participação na 3ª Jornada de Fisioterapia em Cuidados Continuados	193
Anexo 11 – Pedido de autorização para realização do Projecto de Intervenção	194
Anexo 12 – Autorização para realização do Projecto de Intervenção	195

Índice de figuras

Figura 1 – Escada analgésica	44
Figura 2 – A natureza multidimensional da dor em doenças terminais	46
Figura 3 – Distribuição por ano de publicação	65
Figura 4 – Distribuição por país de origem do estudo	66

Índice de tabelas

Tabela 1 – Cronograma	06
Tabela 2 – As “fases” da prestação dos Cuidados Paliativos	55
Tabela 3 – Descritores de pesquisa	63
Tabela 4 – Critérios de inclusão e de exclusão	64
Tabela 5 – PICOD	65
Tabela 6 – Análise da situação	75

Lista de abreviaturas e siglas

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVD'S – Actividades da Vida Diária

CP – Cuidados Paliativos

EAPC – European Association for Palliative Care

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

IAHPC – International Association for Hospice and Palliative Care

OMS – Organização Mundial de Saúde

TENS – *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (estimulação nervosa elétrica transcutânea)

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

Introdução

Os Cuidados Paliativos sempre despertaram em mim interesse e vontade de querer saber mais para conseguir fazer melhor. Essa foi a minha principal motivação para a realização deste Mestrado. Na verdade considero que este Mestrado é deveras pertinente no contexto da minha formação profissional e no desempenho da minha profissão.

Pertinente pela necessidade de saber mais sobre esta temática para procurar dar resposta a dúvidas e desafios que surgem no meu dia-a-dia, pela vontade de demonstrar o que se faz na área da Fisioterapia paliativa para controlar a dor crónica e pela ambição de desenvolver uma prática baseada na evidência e na experiência de uma equipa de Cuidados Paliativos. Pertinente ainda pela vontade de melhorar a prestação de cuidados no meu local de trabalho através de uma intervenção com vista à mudança pela implementação da avaliação da intensidade da dor, que “abrirá caminho” para um maior controlo dessa mesma dor.

O presente relatório de prática clínica intitulado “Idosos com dor crónica: intervenções da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos” enquadra-se no âmbito das unidades curriculares “Prática Clínica” e “Relatório” do 3º semestre do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos ministrado na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este relatório está estruturado em duas partes. A parte I foca a prática clínica e assistencial, designadamente a caracterização e organização da Unidade de Cuidados Paliativos onde esta foi realizada, a reflexão sobre as quatro áreas-chave dos Cuidados Paliativos com referência a casos clínicos e ainda alusão particular à Fisioterapia naquela Unidade de Cuidados Paliativos. Na parte II estão englobadas uma revisão da literatura elaborada com o objetivo de querer saber mais sobre a temática e alertar para a necessidade de mais investigação e um projeto de intervenção realizado com vista à melhoria da qualidade da prestação de cuidados no âmbito dos Cuidados Paliativos.

Assim este relatório debruça-se fundamentalmente sobre a prática clínica e o projeto de intervenção realizados com o intuito de corresponder à necessidade de prática efetiva que muitos defendem como sendo essencial e indissociável da formação teórica, para que se formem profissionais que possam proporcionar cuidados de qualidade (UMCCI, 2010).

De facto, preconiza-se que em Cuidados Paliativos (CP) a *“complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo exigente de um largo espectro terapêutico e a gestão de um sofrimento intenso requerem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada, que deve envolver quer a formação pré-graduada, quer a formação pós-graduada dos profissionais que são chamados à prática deste tipo*

de cuidados, exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência prática efetiva” (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Esta experiência prática efetiva foi levada a cabo numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), com integração numa equipa de referência e prestação direta de cuidados. A escolha sobre o local de concretização da prática clínica recaiu sobre a referida UCP por esta, enquanto unidade diferenciada de cuidados paliativos de nível III, ser um local de referência para estágios clínicos pela qualidade dos cuidados ali proporcionados (Direcção Geral da Saúde, 2004; UMCCI, 2010).

O projeto de intervenção decorreu numa estrutura residencial para idosos, com formação em termos de dor e comunicação dirigida aos profissionais dessa instituição.

Tal como define a Adenda do Mestrado em Cuidados Paliativos ao Regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Castelo Branco os objetivos deste relatório são:

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

Assim, procurei descrever e refletir criticamente sobre o que foi feito na Prática Clínica e no Projeto de Intervenção supra mencionados.

Na elaboração deste relatório fundamentei-me, sempre que possível, em bibliografia relevante, privilegiando as fontes de informação primárias. Para tal recorri à base de dado B-On (Biblioteca do Conhecimento Online), ao motor de busca *Google*, a revistas científicas e a livros.

A referenciação bibliográfica usada ao longo deste relatório encontra-se de acordo com as normas da American Psychological Association (APA).

1. Objectivos e Competências

Objectivos propostos e competências adquiridas enquadrar-se-iam, quiçá melhor até, nas conclusões deste relatório. Não obstante, dada a sua importância, julgo ser relevante destacar, desde já, quais eram os objectivos à partida e quais foram as competências adquiridas após o desenvolvimento das actividades que posteriormente passo a descrever nas partes I e II deste relatório.

Quer a prática clínica e assistencial quer as intervenções que levei a cabo com o intuito de promover a mudança e a melhoria da qualidade foram primordialmente orientadas pelos objectivos gerais definidos à partida:

- Compreender e aplicar os valores e princípios dos Cuidados Paliativos na prática assistencial;
- Desenvolver experiências de prática assistencial numa equipa de Cuidados Paliativos, em regime de internamento ou de apoio domiciliário;
- Reflectir criticamente sobre a tipologia e o modelo de organização da Unidade de Cuidados Paliativos observada;
- Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos Cuidados Paliativos, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar;
- Integrar e mobilizar os conhecimentos adquiridos, ao longo de todo o curso, nas áreas-chave dos cuidados paliativos: comunicação, controlo de sintomas, apoio à família e trabalho em equipa;
- Adquirir competências instrumentais, interpessoais e sistémicas na minha área de exercício profissional – Fisioterapia – nas áreas chave dos cuidados paliativos, de modo a garantir qualidade de cuidados, a aliviar o sofrimento e a preservar a dignidade de doentes e suas famílias;
- Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de práticas assistenciais e de assuntos complexos inerentes à prática dos Cuidados Paliativos observados no período de estágio clínico;
- Sensibilizar e informar profissionais sem formação específica em Cuidados Paliativos sobre alguns princípios e valores dos Cuidados Paliativos;
- Melhorar a qualidade dos cuidados no meu local de trabalho promovendo a avaliação da intensidade da dor – enquanto 5º sinal vital – nas pessoas comunicantes e não comunicantes, de uma forma sistemática e com registo dos resultados.

As actividades desenvolvidas, ao longo de todo o mestrado, mas sobretudo durante este terceiro semestre, em que realizei a prática clínica e assistencial e em que executei um projeto de intervenção no âmbito dos Cuidados Paliativos, permitiram que eu adquirisse novos conhecimentos teóricos e práticos e também que adoptasse uma nova maneira de estar e de lidar com os utentes e até mesmo com situações do meu dia-a-dia. Posso dizer que com este Mestrado me tornei mais rica.

Assim, creio estar em condições de realizar uma reflexão face às competências adquiridas:

Integra os princípios e a filosofia dos Cuidados Paliativos na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde. Creio que durante o estágio clínico na UCP consegui que os princípios dos CP orientassem sempre a minha prática e consegui ver na restante equipa esses mesmos princípios espelhados. No meu local de trabalho procurei divulgar quais são os princípios e a filosofia dos Cuidados Paliativos e esclarecer os formandos sobre dúvidas que eles tinham relativamente aos CP;

Analisa valores e crenças pessoais em diferentes contextos de Cuidados Paliativos. Ao defrontar-me com situações duras do ponto de vista psicológico, com a morte e com muitas emoções, não foi fácil conseguir criar empatia e simultaneamente conseguir distanciar-me. Não fiz juízos de valor baseando-me nos meus valores e crenças pessoais, tentei ser imparcial e compreender o comportamento do outro de acordo com os seus próprios valores e crenças;

Avalia e alivia a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e de intervenções baseadas na evidência científica e na experiência dos profissionais da equipa de Cuidados Paliativos. Na UCP eram utilizadas várias escalas de avaliação e o alívio sintomático – sintomas físicos, psíquicos e sociais – era proporcionado pelo trabalho de uma equipa interdisciplinar com formação específica em Cuidados Paliativos. Com eles pude aprender como avaliar vários sintomas. Todavia no que concerne à dor pude verificar que, ao contrário do esperado, era utilizada apenas uma escala numérica para as pessoas verbais. Para as não verbais não era utilizado qualquer instrumento, apenas sendo referida a presença ou ausência de esgar de dor. Quanto ao trabalho específico da Fisioterapia aprendi muito com os ensinamentos e exemplo da minha orientadora;

Actua como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade. Em conjunto com a minha orientadora fomos várias vezes interpeladas pelos colegas de equipa sobre questões mais específicas da Fisioterapia. Pedidos de esclarecimento ou colaboração, sem constrangimentos interprofissões, sempre em prol da qualidade de vida do doente;

Avalia e controla necessidades psicossociais e espirituais dos pacientes e família. Em Cuidados Paliativos a intervenção não se pode limitar apenas ao trabalho específico e convencional da profissão. O profissional tem de olhar para o doente e para a sua família como um todo, com não só necessidades físicas, mas também

psicossociais e espirituais. A escuta activa e a relação de confiança foram duas importantes ferramentas que utilizei no estágio para perceber quais eram as necessidades das pessoas que tinha na minha presença. O controlo dessas necessidades nem sempre foi fácil, mas o trabalho em equipa ajudou a superar essa dificuldade;

Analisa em profundidade e actua como consultor em aspetos éticos, legais e culturais inerentes aos Cuidados Paliativos. Foi talvez a competência menos explorada. Vivenciei poucas situações que implicassem aspectos éticos e nos mesmos não tive praticamente nenhuma intervenção. Dos casos que pude analisar eram levantadas questões, designadamente, de encarniçamento terapêutico – execução de uma cirurgia, realização de mais quimioterapia, realização de mais exames – e questões sobre alimentação e hidratação;

Comunica de forma terapêutica com paciente, familiares e equipa de saúde. A comunicação é uma ferramenta essencial em CP e no estágio pude treinar as competências que tinha adquirido na teoria. Pude comprovar como a prática supera a teoria em dificuldade e que realmente só o treino pode ser facilitador da comunicação. O que a naturalidade com que os profissionais da UCP comunicam entre si e com os doentes e seus familiares evidencia;

Implementa, avalia e monitoriza planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da equipa de Cuidados Paliativos. Consegui sentir-me um elemento da equipa, trabalhando em prol do doente e da sua família proporcionando cuidados específicos da Fisioterapia e cuidados comuns a todos os profissionais em CP, adaptando-os sempre às características particulares de cada pessoa;

Promove programas de formação em Cuidados Paliativos para diferentes profissionais de saúde. No projecto de intervenção a formação foi dirigida a enfermeiras, assistente social e auxiliares, sendo que a todos transmiti o conceito e os princípios dos Cuidados Paliativos e esclareci muitas dúvidas que os formandos tinham sobre os mesmos. Para além disto, e baseando-me numa revisão da literatura previamente realizada, elaborei ainda um poster que posteriormente foi apresentado na 3ª Jornada de Fisioterapia em Cuidados Continuados, facultando informação no âmbito dos Cuidados Paliativos a fisioterapeutas.

Estrutura e implementa programas em Cuidados Paliativos; Avalia a qualidade dos serviços e programas implementados. A aquisição destas duas competências foi conseguida através do projecto de intervenção no meu local de trabalho. Foram transmitidos vários conhecimentos em temáticas directamente relacionadas com os CP, como a comunicação ou a avaliação da intensidade da dor. A implementação da avaliação da intensidade da dor foi posteriormente avaliada recorrendo-se à utilização de um indicador de qualidade.

Este relatório é produto da realização de um projeto que decorreu conforme expresso no cronograma abaixo.

Tabela 1 – Cronograma

	2012		2013						
	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abril	Mai	Jun.	Jul.
Elaboração do Projeto de Prática Clínica	█								
Análise do Projeto por parte da Comissão Científica do Mestrado em Cuidados Paliativos e do Conselho Técnico-científico da ESALD		█							
Projeto de Intervenção			█	█	█	█	█		
Estágio de Prática Clínica e Assistencial					█	█			
Apresentação do poster na 3ª Jornada de Fisioterapia em Cuidados Continuados							█		
Elaboração do Relatório							█	█	█

Parte I

2. Prática Clínica e Assistencial

O conceito de “Cuidados Paliativos” encontra várias definições.

Em 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu os Cuidados Paliativos como uma *“abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e avaliação e tratamento rigorosos da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais”* (Sepúlveda et al., 2002).

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos define-os como *“os cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. Os cuidados paliativos são cuidados activos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação”* (Direcção Geral da Saúde, 2004).

De acordo com a *European Association for Palliative Care (EAPC)* *“Palliative care is the active, total care of the patient whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of social, psychological and spiritual problems is paramount. Palliative care is interdisciplinary in its approach and encompasses the patient, the family and the community in its scope. In a sense, palliative care is to offer the most basic concept of care – that of providing for the needs of the patient wherever he or she is cared for, either at home or in the hospital. Palliative care affirms life and regards dying as a normal process; it neither hastens nor postpones death. It sets out to preserve the best possible quality of life until death”* (Radbruch et al., 2009).

Apesar das diferenças, estas definições apresentam muito em comum. Podemos retirar de todas elas que a qualidade de vida é o objectivo fundamental dos CP, que os pontos fulcrais dos CP são o controlo de sintomas (problemas físicos, espirituais e sociais), o apoio à família e o trabalho em equipa interdisciplinar e que visam uma abordagem que tem por base cuidados activos e globais prestados por equipas em unidades específicas de CP, segundo níveis de diferenciação.

A prática dos Cuidados Paliativos tem por base os seguintes princípios:

- “a) afirma a vida e encara a morte como um processo natural;*
- b) encara a doença como causa de sofrimento a minorar;*

- c) considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;*
- d) reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;*
- e) considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser médica e humanamente apoiadas;*
- f) considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;*
- g) assenta na concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica.*
- h) aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;*
- i) é baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;*
- j) centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;*
- k) só é prestada quando o doente e a família a aceitam;*
- l) respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;*
- m) é baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade” (Direcção Geral da Saúde, 2004).*

Os Cuidados Paliativos assentam ainda em valores, como a autonomia e dignidade do paciente, a necessidade de planeamento e tomada de decisão individualizadas e a abordagem holística. (Radbruch et al., 2009)

Os profissionais de Cuidados Paliativos têm de ter sempre bem presentes estes princípios e estes valores no desempenho da sua prática no dia-a-dia.

A prática clínica e assistencial possibilitou que eu vivenciasse estes conceitos teóricos, permitindo-me compreendê-los melhor e aplicá-los.

Realizei 25 turnos de oito horas numa Unidade de Cuidados Paliativos, o que correspondeu a 200 horas de contacto, o número de horas de prática clínica e assistencial que a Adenda ao Regulamento do Mestrado em Cuidados Paliativos prevê que sejam obrigatoriamente realizadas em equipas de Cuidados Paliativos. Do total das 300 horas de contacto previstas, que correspondem a 15 ECTS de trabalho global, as restantes 100 horas foram utilizadas na realização de um projecto de intervenção no local em que desempenho funções.

2.1 Funcionamento e organização de uma Unidade de Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos são prestados por equipas com preparação específica e podem ser proporcionados em tipologias diversas e de acordo com níveis de diferenciação distintos.

Em Portugal os primórdios dos Cuidados Paliativos remontam ao início dos anos 90, sendo por isso considerados uma actividade ainda recente, sobretudo em comparação com outros países europeus, em que já estavam instalados há mais tempo. Surgiram em 1992, no Hospital do Fundão, inicialmente como Unidade de Dor com camas de internamento (Marques et al.,2009). Posteriormente surgiram serviços de CP destinados a doentes oncológicos no Instituto Português de Oncologia do Porto e no de Coimbra. Em 1996 surgiu a primeira equipa domiciliária de CP no Centro de Saúde de Odivelas, que foi muito bem sucedida (Marques et al.,2009). Na actualidade a oferta de CP encontra-se ainda muito abaixo das necessidades.

Em 2004 a Direcção Geral da Saúde, baseando-se na experiência de outros países onde os CP estavam mais desenvolvidos, estimava que anualmente por cada 1 000 000 de habitantes 1 000 doentes necessitavam de Cuidados Paliativos.

De acordo com estudos de vários autores, há dados que apontam para necessidade de CP em cerca de 60% dos doentes falecidos. Mais, que em termos de recursos físicos e humanos deveriam existir de 1-1,5 equipas de cuidados paliativos domiciliários por 100 mil habitantes constituídas por 2 médicos e 3 a 4 enfermeiros, equipas de suporte intra-hospitalar em todos os hospitais com recursos humanos semelhantes às equipas domiciliárias e unidades de internamento para colmatar as necessidades de 80 a 100 camas por milhão de habitantes distribuídas por várias valências (hospitais de agudos, instituições de média-longa duração,...) e com necessidades de recursos humanos diferenciadas de acordo com a valência em causa (Capelas, 2009).

Assim, tendo em conta por exemplo os dados demográficos de 2007, em Portugal naquele ano existiriam cerca de 62000 doentes com necessidade de CP e seriam necessárias 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários, 102 equipas de suporte intra-hospitalar em cuidados paliativos e um total de 1062 camas distribuídas por diferentes valências de internamento (Capelas, 2009).

Números bem distintos dos reais. Os últimos dados disponíveis mostram que em Portugal existem 2 equipas de voluntários em hospitais, 18 equipas intra-hospitalares de suporte em CP, 10 equipas comunitárias de suporte em CP, 4 equipas mistas de suporte em CP, 1 centro de dia e um total de 250 camas em unidades de internamento (Centeno et al., 2013).

Em Portugal estamos muito aquém do que seria aconselhável. Apostar na formação específica em CP pode ser uma boa forma de fazer com que estes se

disseminem pelo país e que cresçam nos próximos anos. No entanto, é importante lembrar que não importa a quantidade sem qualidade. Portanto o objectivo é que Cuidados Paliativos de qualidade sejam disponibilizados à população que deles necessita, e não aos poucos cidadãos que têm a sorte de viver próximo das poucas valências de CP que hoje existem.

2.1.1. Caracterização da Unidade de Cuidados Paliativos

A prática clínica e assistencial foi realizada num hospital privado localizado na cidade de Lisboa. Inaugurado em 2006, é desde essa data uma referência nos cuidados de saúde em Portugal.

Este moderno complexo hospitalar reúne na sua estrutura um hospital de agudos e um hospital residencial, sendo prestados cuidados de saúde em todas as valências médicas e cirúrgicas, nomeadamente cuidados paliativos.

Na página electrónica do hospital são destacadas a *“qualidade e experiência do corpo clínico”*, *“a inovação tecnológica”* e *“a arquitectura ímpar, que alia a segurança ao conforto e privacidade dos doentes”* (Hospital da Luz, 2013).

São também mencionados a missão e os valores da instituição hospitalar. Como missão propõem *“diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do doente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais”*, assumindo o compromisso de *“excelência”*, *“inovação”* e *“talento”*. Quanto aos valores, baseiam-se em oito valores definidos por estes como fundamentais: *“procura incansável de resultados”*, *“rigor intelectual”*, *“aprendizagem constante”*, *“responsabilidade pessoal”*, *“respeito e humildade”*, *“atitude positiva”*, *“integridade”* e *“espírito de equipa”* (Hospital da Luz, 2013).

O hospital é uma estrutura moderna, com dois edifícios ligados entre si, com vários andares, com zonas amplas de circulação, serviços acolhedores e funcionais e até mesmo jardins interiores e exteriores. De tudo o mais que poderia falar, gostaria de destacar a luminosidade – a luz natural foi muito bem aproveitada, com janelas a tomar o lugar de paredes.

A valência de Cuidados Paliativos localiza-se no último andar deste edifício – na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos. Acedendo ao mesmo pelos elevadores gerais chegamos a um pequeno hall que nos dá acesso a um corredor comprido. Aqui vamos ter à nossa direita a Unidade de Cuidados Paliativos e à nossa esquerda a Unidade de Cuidados Continuados.

Na zona central do corredor localiza-se um longo balcão, dividido entre a recepção – área de trabalho dos funcionários administrativos – e uma zona de computadores para utilização dos restantes profissionais. Por trás deste balcão localiza-se uma sala

de trabalho onde está um ecrã com informação relativa aos utentes (se está ou não em isolamento, quem é o enfermeiro responsável no turno, etc.), os carros de medicação e material clínico diverso. Dirigindo-me do balcão para a zona dos Cuidados Continuados encontramos ainda outros espaços, nomeadamente, uma sala de registos, o gabinete de coordenação de enfermagem, uma sala para os profissionais, uma casa de banho para os profissionais e três divisões para arrumação de material. Localizam-se também nesta área a sala de tratamentos e a sala de banhos com ajuda.

O serviço dispõe de duas salas de estar – uma a meio do corredor e outra ao fundo da Unidade de Cuidados Paliativos – e de uma sala de refeições, locais muito agradáveis e com pormenores decorativos cuidados, para as tornar hospitaleiras.

Ao fundo da Unidade de Cuidados Paliativos, junto à sala de estar, localiza-se uma outra sala de trabalho e a sala de actividades lúdicas, onde decorrem, por exemplo, as reuniões semanais de equipa.

A Unidade de Cuidados Paliativos é composta por 16 quartos individuais com casa de banho adaptada e ampla. No espaço do quarto existe uma cama articulada, um sofá, passível de ser transformado em cama se os acompanhantes ali desejarem passar a noite, uma poltrona, uma mesinha e um lavatório de mãos.

Os quartos são climatizados independentemente uns dos outros, correspondendo assim às necessidades e preferências de cada pessoa. Cada utente tem no seu quarto um monitor que pode ser utilizado como ecrã de televisão, rádio ou monitor de computador e que pode facilmente deslocar para onde quiser (cama, poltrona, sofá). Junto a esse monitor encontra-se um telefone para fazer e receber chamadas.

A parede do quarto que dá para o exterior é totalmente envidraçada, permitindo que entre muita luz natural e que do interior se possa apreciar a paisagem.

São por isso quartos em que se nota que houve uma intenção clara de fugir ao típico quarto estéril e frio de hospital, para dar lugar a um espaço acolhedor – especialmente necessário quando se está fragilizado e fora do nosso ambiente natural – e agradável para partilhar com a família e amigos.

A missão desta UCP é *“garantir apoio a pessoas internadas no nosso hospital em fase pós-aguda, com necessidade de convalescença e reabilitação, ou com doença crónica grave, avançada e incurável, bem como à sua família, proporcionando-lhes cuidados de saúde rigorosos, individualizados e humanizados, promotores de qualidade de vida e dignidade”* (Hospital da Luz, 2013).

Os responsáveis por cumprir esta missão são os profissionais da equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Paliativos. Esta equipa é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, psicóloga, fisioterapeuta, um frei e voluntários. Para além destes profissionais há outros que são chamados a intervir se for necessário, nomeadamente, médicos de outras especialidades, nutricionista, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, esteticista, entre outros.

A equipa nuclear tem formação avançada em CP e a restante equipa formação intermédia ou básica. A coordenação da Unidade está a cargo da Dr.^a X – médica especialista em Medicina Geral e Familiar e Mestre em Cuidados Paliativos. Os médicos asseguram a visita diária e assistência durante todos os dias da semana, e se necessário dão assistência durante a noite via telefone ou presencialmente. Os enfermeiros estão em permanência no serviço, garantindo 24 horas de cuidados. Tal como os enfermeiros, também os auxiliares estão sempre presentes na Unidade. Existe uma psicóloga no serviço que assegura apoio aos doentes, às famílias e aos profissionais e que coordena os voluntários. A Fisioterapia é prestada diariamente aos utentes que têm indicações para tal. O apoio espiritual é proporcionado pelo Frei que se desloca ao serviço periodicamente ou quando é chamado por solicitação de algum utente ou familiar ou por necessidade percebida por algum profissional.

Quando se está neste local percebe-se perfeitamente que quer as condições do espaço físico, quer os meios humanos da equipa multidisciplinar contribuem e fazem os possíveis para proporcionar conforto e qualidade de vida aos doentes e aos seus familiares, o grande objectivo dos Cuidados Paliativos.

2.1.2. Tipologia de prestação de cuidados

Os Cuidados Paliativos podem ser proporcionados em diferentes tipologias de prestação de cuidados.

Em Portugal a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos e o Programa Nacional de Cuidados Paliativos estabelecem as seguintes tipologias:

- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP);
- Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP);
- Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) (UMCCI, 2010).

As duas primeiras tipologias são equipas móveis, sem internamento, que acompanham as pessoas que necessitam de CP de uma forma “estruturada e diferenciada” quer elas estejam nos seus domicílios (ECSCP), quer estejam internadas (EIHSCP) (UMCCI, 2010). A ECSCP desloca-se ao domicílio em que está o doente que necessita de CP para lhe prestar cuidados e dar apoio aos seus familiares e/ou aos seus cuidadores. Esta equipa também pode dar aconselhamento especializado a outros profissionais sem formação em CP que acompanhem esse mesmo doente (Radbruch et al., 2010a). A EIHSCP proporciona apoio e aconselhamento especializado em Cuidados Paliativos a outros profissionais, aos doentes, às suas famílias e aos cuidadores no ambiente hospitalar. Orientam a equipa de trabalho (educação formal e informal) e apoiam o doente e os seus familiares no serviço do hospital em que estes estão (Radbruch et al., 2010a).

A UCP é a tipologia em que os cuidados são prestados em instalações com internamento próprio (UMCCI, 2010). Esta pode localizar-se num hospital ou ser uma instituição independente. O principal objectivo destas unidades é “aliviar o desconforto relacionado com a doença ou com a terapia e, se possível, estabilizar o status funcional do doente e proporcionar apoio psicológico e social ao doente e aos seus cuidadores por forma a permitir a alta ou transferência para outra tipologia de cuidados” (Radbruch et al., 2010a).

Para além das tipologias já referidas a EAPC define também as tipologias “*Inpatient hospice*”, “*Day hospice*” e “*Palliative outpatient clinic*” (Radbruch et al., 2010a).

A tipologia *hospice* não foi acolhida em Portugal. Não existem estruturas vocacionadas exclusivamente para admitir os doentes na última fase da vida, “quando o tratamento num hospital não é necessário e os cuidados em domicílio não são possíveis” (Radbruch et al., 2010a). A EAPC refere que em muitos países se verifica a clara distinção entre UCP e *Hospice*, mas que noutros existem UCP a funcionar como *Hospice* e *Hospice* a funcionar como UCP (Radbruch et al., 2010a).

A *Palliative outpatient clinic* é uma tipologia que permite aos doentes ir a consultas de CP. Estes não estão internados, vivem nas suas casas, mas têm capacidades para se deslocar até ao local da consulta (Radbruch et al., 2010a).

Das várias tipologias mencionadas retira-se que os CP podem ser proporcionados em regime domiciliário, em regime de internamento ou em regime de ambulatório.

Eu realizei a prática clínica e assistencial numa tipologia de Unidade de Cuidados Paliativos, como se extrai da caracterização feita no capítulo anterior.

Nessa UCP pode essencialmente vivenciar a prestação de cuidados em regime de internamento.

Relativamente a esse regime de internamento tive acesso a alguns dados de 2012 da prestação de cuidados nesta unidade de CP que ajudam a melhor caracterizá-la. Nesse ano 58% dos doentes que ficaram internados foram provenientes do exterior e 42% foram transferências internas. O principal motivo de internamento foi o descontrolo sintomático (60%) seguido de exaustão familiar (15%). Nesse ano ocorreram 441 episódios de internamento, 114 dos quais reinternamentos, com duração média de internamento de 17 dias. Do total dos internamentos, 56% resultaram em alta clínica e 44% em óbito.

Assim, através destes dados, percebe-se que esta unidade recebe doentes que estão noutros serviços do hospital, mas face à sua situação clínica são referenciados para serem transferidos para os CP, e doentes que são internados após avaliação no serviço de urgência ou que provêm de outras instituições.

Que a grande maioria é internada para controlo de sintomas e tem alta clínica. E que, felizmente, ao contrário do que muitos pensam e do que se verifica nalguns serviços de CP, aqui neste hospital a UCP não é um “*Hospice*” e muito menos um

“morredouro”. Os doentes não chegam ao serviço apenas numa fase agónica. Embora tal aconteça nalguns casos, na larga maioria o doente chega numa fase mais precoce.

Que o internamento por exaustão familiar corresponde a uma grande percentagem das razões porque o doente é internado, demonstrando a importância do apoio à família/cuidadores e não apenas ao doente.

Que, como o número de reinternamentos mostra e pude perceber enquanto estive lá, os doentes são acompanhados mesmo depois de terem alta e posteriormente, se necessitarem, são reinternados.

Para além do regime de internamento nesta UCP é realizada também Consulta Externa e Consultadoria intra-hospitalar a outros serviços.

Na consulta externa são seguidos doentes que já estiveram internados e outros que nunca tiveram necessidade disso. Não assisti a nenhuma consulta externa. Todavia pude verificar que os doentes que tinham alta ficavam já com consulta marcada. Criando desde logo a convicção de que alta não equivale a abandono, o que é relevante.

Quanto à consultadoria, pude aferir por variadíssimas ocasiões como no hospital os vários serviços e profissionais se articulam entre si. Com troca de opiniões e conhecimentos entre várias áreas profissionais e vários profissionais de especialidades distintas.

Lamento não ter vivenciado a prestação de Cuidados Paliativos em ECSCP ou em EIHS CP.

No momento de optar pelo local para realizar a prática clínica e assistencial a escolha recaiu sobre esta UCP pela sua elevada qualidade e pela possibilidade de vivenciar a presença de um fisioterapeuta num serviço de CP a tempo inteiro – situação ainda muito rara no nosso país. O meu objectivo foi aprender na minha área, lidando directamente com uma profissional experiente. Infelizmente ainda não há EIHS CP, nem ECSCP com a presença de fisioterapeuta e tive receio de, optando pelas mesmas, criar uma grande lacuna de conhecimento em termos da actuação do fisioterapeuta. Daí ter abdicado de vivenciar estas experiências. Agora, após a prática clínica e assistencial nesta UCP, sinto-me com muito mais capacidades para integrar uma UCP e mesmo uma ECSCP ou uma EIHS CP. Claro está, com o necessário tempo de estágio para adaptação às realidades das equipas móveis.

2.1.3. Nível de diferenciação da Unidade

Em Cuidados Paliativos existem diferentes respostas, classificando-se estas em diferentes níveis de diferenciação.

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos preconiza quatro níveis de diferenciação: a Acção Paliativa e os Cuidados Paliativos de Nível I, II e III (Direcção Geral da Saúde, 2004).

A Acção Paliativa diz respeito ao *“nível básico de palição e corresponde à prestação de acções paliativas sem o recurso a equipas ou estruturas diferenciadas”*. Importa salientar a definição do acto acção paliativa que é *“qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As acções paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução. Podem ser prestadas tanto no âmbito da Rede Hospitalar, como da Rede de Centros de Saúde, como da Rede de Cuidados Continuados, nomeadamente em situações de condição irreversível ou de doença crónica progressiva”* (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Os Cuidados Paliativos de Nível I são *“prestados por equipas com formação diferenciada em cuidados paliativos”*, *“estruturam-se através de equipas móveis que não dispõem de estrutura de internamento próprio, mas de espaço físico para sediar a sua actividade”*, *“podem ser prestados quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário”* e *“podem ser limitados à função de aconselhamento diferenciado”* (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Os Cuidados Paliativos de Nível II são prestados *“em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas diferenciadas que prestam directamente os cuidados paliativos e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas”*, equipas essas que são *“multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual”* (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Os Cuidados Paliativos de Nível III, para além de garantirem as condições dos CP de nível II, têm de desenvolver *“programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos”*, desenvolver *“actividade regular de investigação em cuidados paliativos”* e possuir *“equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidades de referência”* (Direcção Geral da Saúde, 2004).

A UCP em que realizei a prática clínica e assistencial é uma unidade de referência e nesta são prestados Cuidados Paliativos de Nível III.

De facto, os cuidados são proporcionados numa unidade de internamento própria que garante esses cuidados 24 sobre 24 horas. Estes são prestados por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, psicóloga, fisioterapeuta, auxiliares de acção médica, voluntários, nutricionista e frei, recorrendo-se ainda à intervenção de outros profissionais, se necessário for. A equipa nuclear tem formação

avançada em CP e os restantes profissionais possuem formação básica ou intermédia em CP.

Mais, promovem formação no próprio serviço. No ano de 2012, nomeadamente, realizaram 21 formações (14 para enfermeiros e médicos e 7 para auxiliares de acção médica), organizaram 2 cursos básicos multidisciplinares de CP, 2 cursos de comunicação avançada, 1 workshop sobre demências e 1 workshop no Dia Mundial dos CP.

É uma equipa de profissionais com experiência e elevada formação. Tanto assim é que alguns participam como docentes em edições de mestrado em CP das várias universidades nacionais. São também local de estágio de referência em CP. Em 2012, e sem contabilizar os estágios de licenciatura, realizaram-se ali 5 estágios de Mestrado em CP e 5 estágios de Pós-graduação em CP, estágios estes em Enfermagem e Psicologia. O serviço impõe restrições ao número de estágios que admitem, senão estes números seriam bastante mais elevados.

Quanto à investigação, foram apresentados 13 trabalhos em eventos científicos e publicados 2 artigos em livro.

Esta Unidade de Cuidados Paliativos cumpre todos os critérios de qualidade estabelecidos pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) em termos de cuidados ao doente e família, trabalho em equipa e avaliação e melhoria da qualidade (APCP, 2006).

É uma unidade reconhecida como de excelência pela European Society for Medical Oncology (ESMO), tendo sido recentemente certificada por esta entidade como centro de referência para a prática integrada de Oncologia e Cuidados Paliativos.

Ali tem-se a percepção da qualidade e do rigor científico com que os Cuidados Paliativos são prestados.

O ideal seria que as diferentes tipologias de diferentes níveis se articulassem entre si para garantir a continuidade de cuidados. Mas se não há Cuidados Paliativos disponíveis em todo o país, quanto mais CP de várias tipologias em todo o país. Assim, há que promover que as já existentes se articulem e que impulsionem o surgimento de novas tipologias.

2.2. Áreas-chave dos Cuidados Paliativos: Reflexão Crítica da acção desenvolvida

Dados de 2012 de um estudo feito na UCP em que realizei a prática clínica e assistencial dão-nos uma panorâmica geral dos casos que são acompanhados no internamento. Nesse ano 60% das pessoas que tinham estado internadas eram doentes oncológicos e 40% eram não oncológicos. Dos diagnósticos oncológicos os mais comuns foram o Carcinoma do Pulmão, o Carcinoma Colorectal e o Carcinoma da Próstata e, em menores percentagens, o Carcinoma da Mama, do Uretélio e Bexiga e Gástrico. Dos não oncológicos a larga maioria foram diagnósticos por Demência, seguindo-se a Insuficiência Cardíaca Congestiva, AVC, Doenças Neuromusculares Degenerativas, DPOC e Doença de Parkinson. No que concerne à caracterização das pessoas internadas, em termos de género a distribuição foi bastante homogénea (49,66% feminino e 50,34% masculino) e em termos de idade a maioria incluiu-se na faixa entre os 70 e os 90 anos de idade (77%), existindo no entanto uma percentagem considerável de doentes com idade inferior a 50 anos (5%).

Constata-se que, ao contrário do que muitos pensam, em CP não são só acompanhadas pessoas com diagnósticos oncológicos. Durante o meu período de estágio naquela unidade pude verificar que efectivamente estão na UCP muitas pessoas com diagnósticos não oncológicos, com grande prevalência da demência e também de idosos com múltiplos problemas crónicos.

Em apêndice exponho alguns dos casos (apêndice 1) em que pude intervir, caracterizando as pessoas e o seu contexto familiar, os seus antecedentes pessoais, o motivo que as levou a ser internadas e outras informações que sejam relevantes no caso concreto. Escolhi os que, pelas suas particularidades, se destacaram relativamente às áreas chave dos Cuidados Paliativos.

O trabalho em equipa, a comunicação, o apoio à família e o controlo de sintomas são as áreas-chave dos Cuidados Paliativos (Direcção Geral da Saúde, 2004; Doyle et al., 2004; Twycross, 2003).

A chave para uma real prestação de CP de qualidade é que todas estas áreas estejam sempre presentes, de uma forma igualmente importante, e que os profissionais que trabalham em CP tenham formação específica nas mesmas, para as bem saberem utilizar.

2.2.1. Trabalho em Equipa

Um dos pilares dos Cuidados Paliativos é o trabalho em equipa. Este trabalho em equipa carece de uma equipa multidisciplinar.

Esta equipa multidisciplinar deverá ser o suficientemente alargada para permitir colmatar as necessidades do doente e da sua família. Múltiplos profissionais aportam múltiplos conhecimentos, de várias áreas, com pontos em comum e com especificidades próprias, nomeadamente, medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia, espiritualidade, nutrição, entre outros (Doyle et al., 2004; O'Connor et al., 2006).

Por exemplo, no caso da senhora C., que apresentava um descontrolo sintomático no contexto de demência fronto temporal avançada, foi necessária a intervenção:

- de médicos da UCP em articulação com outras especialidades como a Neurologia – para controlar os sintomas de verborreia e alucinações através de orientação terapêutica;
- de enfermeiros – no controlo de sintomas através da administração dos fármacos;
- da fisioterapeuta – para procurar perceber se era possível que a senhora C. melhorasse em termos de mobilidade;
- do Frei – para apoio espiritual, uma vez que a senhora C. verbalizava recorrentemente pensamentos de culpabilidade relativamente à sua falecida mãe;
- da psicóloga – para prestar apoio à filha da senhora, que estava claramente em exaustão familiar.

Citei apenas um exemplo em cada área, mas é notório que cada profissional aportou em prol da senhora C. e da sua família os seus conhecimentos específicos.

Para além dos conhecimentos que aporta, cada profissional é igualmente uma pessoa com características únicas – de personalidade, de cultura, de história pessoal – que também traz consigo para a equipa e que a influenciam (Doyle et al., 2004)

Durante o estágio pude ver como uma personalidade com características de líder – uma das médicas da UCP – influencia e conduz o trabalho da equipa. Constatei que muitos dos profissionais da UCP tinham na sua história pessoal casos de familiares que tiveram necessidade de CP e também por esse motivo tinham enveredado por esta área. Senti que a forma carinhosa como as auxiliares se dirigiam a senhora L. durante a marcha a incentivava a prosseguir.

Numa equipa de Cuidados Paliativos o profissional deve procurar aportar o melhor de si, a nível profissional e pessoal, em prol do trabalho de equipa.

Mas, para que seja realmente um trabalho de equipa, esta equipa multidisciplinar tem de trabalhar de uma forma interdisciplinar para atingir objectivos comuns, ou seja, têm de trabalhar em conjunto para alcançarem a meta desejada – a qualidade de vida dos doentes que cuidam e das suas famílias. Assim, não podemos afirmar que temos uma equipa de trabalho só porque simplesmente temos um aglomerado de profissionais a trabalharem todos no mesmo sitio. Para que haja um bom trabalho de equipa é imprescindível que se tenham em conta alguns pontos.

A equipa tem de ter objectivos comuns, em que todos saibam o que têm de fazer para os alcançar, e as decisões tomadas são decisões da equipa, de que todos são responsáveis (Barbosa & Neto, 2010; Doyle et al., 2004).

É necessário que haja comunicação entre os membros da equipa. As diferenças entre os termos usados por profissionais de áreas distintas e as diferenças do conhecimento de cada um podem constituir uma barreira a uma boa comunicação, mas o ambiente na equipa deve proporcionar abertura para questionar, sem constrangimentos. Dar a opinião e criticar de um modo construtivo e sem receio, ouvindo-se e respeitando-se todo o profissional, é também fundamental no trabalho em equipa. Quando não há acordo ou opiniões coincidentes, isso não pode ser visto como um inconveniente, mas como uma oportunidade para aprender mais, para investigar (Barbosa & Neto, 2010; Doyle et al., 2004; O'Connor et al., 2006).

No trabalho de equipa, cada um tem de reconhecer as suas próprias capacidades e limitações e conhecer as capacidades e limitações dos outros colegas. Os profissionais têm de interagir uns com os outros, cooperando entre si, nomeadamente nas tomadas de decisão (Doyle et al., 2004; O'Connor et al., 2006).

A equipa deverá ser de natureza igualitária, respeitando a premissa de que “todos os membros têm um status igual na equipa”, sendo o papel de cada um igualmente relevante. A liderança do grupo deve ser do estilo participativo, fugindo ao tradicional modelo em que o médico é colocado “sempre” no topo da hierarquia dos cuidados de saúde e que é somente a ele “que todos devem prestar contas”. Deverá assumir a liderança quem tiver características para tal e de acordo com as necessidades do momento (Barbosa & Neto, 2010; O'Connor et al., 2006).

Quando se trabalha em equipa devem desenvolver-se dinâmicas de grupo, nomeadamente em termos de formação, para aquisição de conhecimentos comuns, ou de outro tipo de actividades em conjunto, para haver partilha entre o grupo (Barbosa & Neto, 2010).

Uma equipa que trabalhe realmente em conjunto consegue melhores resultados, pelo que os seus membros podem ver o seu trabalho reconhecido e sentir-se motivados, tendo orgulho de pertencer à equipa (Barbosa & Neto, 2010; O'Connor et al., 2006).

Na UCP onde estive pude observar um verdadeiro trabalho de equipa.

Os profissionais comunicam uns com os outros, não passam apenas informação. A informação é transmitida oralmente quando os profissionais comunicam entre si e está disponível no processo do utente para que todos a possam consultar. Nesse processo todos os profissionais que lidam com o caso anotam informação relevante daquilo que foi avaliado, feito, observado, designadamente registos de avaliações iniciais, de resultados de escalas, anotações do acompanhamento psicológico (do doente ou familiares), notas de turno, o registo de conferências familiares que ocorreram, etc.. Afirmando que comunicam entre si porque não há apenas passagem de informação, os profissionais escutam-se uns aos outros e há troca de ideias e opiniões. Quando não sabem questionam, há ajuda, há colaboração em prol do objectivo comum. Os profissionais estão em comunicação constante uns com os outros para transmitir necessidades, modificações, pontos positivos, para dar feedback do doente ou da sua família – a coordenação entre os profissionais é bem visível.

Durante o estágio observei, por exemplo, a médica a pedir à fisioterapeuta para aproveitar para questionar a doente durante o tempo de tratamento sobre o que esta pensava de ir para casa, se achava que o marido tinha condições para a receber ou não. Pude aproveitar para realizar o tratamento quando a senhora C. estava mais tranquila, porque sabia que esta tinha tomado medicação para tal, pois tinha previamente falado com o enfermeiro. Com o trabalho em equipa facilitei um objectivo comum tão simples como a dejectação, graças à realização de marcha a seguir à toma do laxante da qual tinha sido informada. Por mais do que uma vez, e em prol do conforto do utente, se este tinha acabado de ser sentado, não era pura e simplesmente deitado novamente por causa da Fisioterapia. O que acontecia é que se combinava entre enfermeiro, fisioterapeuta e auxiliar que quando este se quisesse deitar ou fosse deitado novamente a fisioterapeuta era avisada.

Achei curioso que um dia um doente me perguntasse “passam a informação uns aos outros?”. Ele tinha receio que não falássemos e que o médico não soubesse dos seus progressos em termos de autonomia nas actividades da vida diária (AVD's) e na melhoria no padrão de marcha. A questão estava relacionada com a vontade que ele tinha de ir para casa, e provavelmente queria saber se a médica sabia dessa sua evolução – que do seu ponto de vista era influenciadora para ter alta.

Nas reuniões de equipa, que aconteciam uma vez por semana, os profissionais da UCP reuniam-se para discutir alguns casos. Nas reuniões em que participei, os médicos da UCP, os enfermeiros coordenadores e os enfermeiros do turno, a psicóloga, a fisioterapeuta, médicos de outras especialidades (oncologia, cirurgia,...), estagiários de medicina, enfermagem e farmácia, entre outros, expunham casos que tinham particularidades que necessitavam de ser discutidas relativamente ao controlo sintomático, a problemas familiares, à tomada de decisão sobre o que fazer, à alta ou a outras especificidades – em que os vários profissionais que tinham tido contacto com o caso intervinham.

Também expunham casos de sucesso. Por exemplo, o bom controlo sintomático de um caso difícil, o caso de um senhor que faleceu tranquilo e sem a agitação que anteriormente tinha manifestado, uma situação que demonstrava que não é por se ter um problema oncológico, nem por tomar morfina que se deixa de viver – caso de um senhor que teve alta com reuniões de trabalho marcadas e presenças em festas agendadas.

Um dos casos que foi particularmente debatido numa das reuniões foi o do senhor J.. Este caso foi trazido à reunião para ser discutido se existia indicação para ser realizada intervenção cirúrgica a nível cervical ou não. As opiniões não eram consensuais, e era um caso que levantava algumas questões éticas.

O elevado risco de parésia face à fractura patológica em C7 D1 era uma das razões para se realizar a cirurgia, mas o principal argumento a favor era a manifesta vontade do senhor J.. Este referia que não queria um mês de vida se fosse para viver assim sempre acamado, que isso não seria viver, que preferia menos tempo, mas com qualidade. Os argumentos contra eram os riscos que a cirurgia acarretava e o prognóstico face à doença de base: adenocarcinoma gástrico estadio IV, com metastização óssea. Após saber a vontade do doente (que tinha conhecimento de tudo – diagnóstico, prognóstico e riscos da cirurgia) e discutir o caso em reunião, também com a presença do cirurgião e do oncologista, foi consensual que existia indicação para intervenção cirúrgica. Com um bom trabalho em equipa, sendo o doente o centro da tomada de decisão, foi possível decidir neste caso, tendo em consideração os princípios da fidelidade, autonomia e beneficência (Cavalieri, 2001).

Nessas mesmas reuniões de equipa por vezes decorria o “*Journal Club*”. Um elemento da equipa, ao qual previamente tinha sido entregue um artigo científico ou sido sugerido um tema para pesquisa de um artigo, expunha o artigo aos restantes elementos da equipa e explanava sobre que mais-valias o referido no artigo lhe tinha trazido. Posteriormente todos comentavam, criticavam e discutia-se sobre o enquadramento do tema naquela UCP. Pude assistir a dois “*Journal Club*”, um sobre o artigo “*The relief of existential suffering*” de David Kissane, publicado em 2012 nos *Archives Internal Medicine*, e outro sobre a antibioterapia no âmbito dos CP. Uma forma muito interessante para que todos adquiram conhecimentos, para que haja troca de ideias e para aguçar o espírito crítico.

Outro tipo de formação adoptada por esta equipa é a formação entre colegas. Quatro vezes ao ano expõem uns aos outros temas cuja pertinência/necessidade tenha sido previamente detectada. Não assisti à formação, mas acompanhei a organização dos detalhes finais das apresentações. Iriam falar de temas como o sofrimento ou o HIV e os CP.

A aquisição destes conhecimentos em equipa faz com que mais facilmente todos se empenhem na implementação dos mesmos no serviço, o que só traz mais-valias para o funcionamento da UCP.

Um dia, durante o estágio, pedi à enfermeira responsável naquele turno pela senhora A. se podia assistir à troca do saco e placa de colostomia que ela iria fazer. A enfermeira estranhou que eu quisesse assistir – pelo que expliquei que tinha aprendido na teoria e tinha curiosidade em ver na prática como ocorria, mesmo não sendo da minha responsabilidade profissional fazê-lo – mas disse que sim e fez questão de ir explicando tudo o que fazia. Em muitos outros contextos provavelmente ter-me-iam dito que não. Mas neste âmbito a enfermeira compreendeu que era uma questão de formação e não uma questão de “querer roubar-lhe o seu serviço”.

Esta equipa não desenvolvia apenas actividades de formação. Em conjunto realizavam, designadamente, jantares de convívio, actividades de grupo, sessões de relaxamento. Tentavam assim promover o convívio entre todos e, de suma importância, prevenir o *burnout*. Para a prevenção do *burnout* contribuía também a comunicação entre eles, pois desabafavam muito uns com os outros, falando, por exemplo, sobre as suas angústias e os seus receios. Notava-se que eram uma equipa motivada e cujo bom trabalho era reconhecido pelos próprios e pelo hospital. Reportagens fotográficas da equipa para uma revista e reportagens audiovisuais para a televisão contribuía também para esse reconhecimento.

Contrapondo, um dia fui a outro serviço do hospital, pois o senhor V. que eu acompanhava tinha sido transferido, e foi fácil perceber que ali não havia trabalho em equipa, pelo menos não como na UCP. Necessitei de ajuda para realizar treino de marcha com o senhor V. e estavam todos, enfermeiros e auxiliares, “muito ocupados”. É um exemplo numa situação muito simples. Todavia, como só fui ao referido serviço um dia, posso ter ficado com uma ideia errada, pois as primeiras impressões nem sempre são as mais correctas.

Não foi fácil habituar-me ao trabalho em equipa. Onde trabalho somos uma equipa muito mais pequena – um médico, duas enfermeiras, uma fisioterapeuta, uma assistente social e doze auxiliares – passamos a informação uns aos outros, debatemos casos, mas tudo de uma forma mais informal.

No início do estágio de prática clínica e assistencial na UCP esquecia-me, por exemplo, de falar com o enfermeiro de turno responsável pelo meu doente antes de ir fazer a Fisioterapia, para saber se havia alguma ocorrência. Não tinha à vontade para falar com os profissionais. Tinha receio de ser intrusiva ou inconveniente e não ficava para assistir, nomeadamente, a conversas entre os profissionais ou entre profissionais e doentes. Como ainda não conhecia o funcionamento do serviço tinha receio de estar a interferir ou incomodar.

Com o passar do tempo comecei a integrar-me na equipa e a conhecer os profissionais. Perguntava se podia assistir, procurava perceber através da sua linguagem não verbal se eu estava ali a mais, recordava-me e tinha mais confiança para me dirigir aos profissionais para adquirir ou proporcionar informação relevante sobre o doente antes e após a sessão de Fisioterapia.

Por fim, infelizmente com o tempo de estágio a terminar, já era uma coisa mais natural. Já me sentia quase parte da equipa, sem a estranheza inicial que me dificultava comunicar com, questionar acerca de dúvidas que ia tendo e pedir para assistir ou que me fosse explicado algum tema ou procedimento.

Os benefícios de um bom trabalho em equipa são evidentes no dia-a-dia de uma UCP em que o trabalho em equipa realmente se verifica, desenvolvendo-se cuidados de qualidade graças à coordenação e colaboração que há entre os diferentes membros da equipa, planeando-se e proporcionando-se cuidados de uma forma holística e aumentando a satisfação de todos – dos doentes, das suas famílias e dos profissionais (O'Connor et al., 2006).

Como já ouvi uma vez, a casa faz-se graças aos profissionais que lá trabalham, e esta UCP é uma excelente casa porque ali trabalham bons profissionais que se conseguem coordenar para trabalhar realmente em equipa, com todas as dificuldades e sobretudo benefícios que isso acarreta.

2.2.2. Comunicação

A comunicação é outra das áreas-chave dos Cuidados Paliativos. Comunicar *“envolve um conjunto de coisas simples que podem ser ditas e feitas, que asseguram aos doentes a oportunidade de apresentar os seus problemas, as suas preocupações e de explicar como se sentem. Essas perícias incluem ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos. A tecnologia nesta área é o tempo e o espaço; e as ferramentas mais importantes de trabalho são a palavra e a escuta”* (Barbosa & Neto, 2010).

A comunicação entre os profissionais da equipa, que já referi no ponto anterior, mas especialmente a comunicação do profissional com o doente e com a sua família têm um papel fundamental na prestação de cuidados. Em CP não é apenas desempenhar a tarefa de dar a medicação, realizar treino de marcha, mudar uma fralda, etc.. Quem trabalha em CP tem de ter formação específica em comunicação, pois esta é uma ferramenta que todos devem e têm de saber usar.

Comunicar *“é um processo dinâmico e multidirecional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensorio-perceptuais que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra”* (Barbosa & Neto, 2010). Por isso, há que saber dar importância à nossa comunicação e à comunicação do doente/família, comunicação esta que é verbal mas também não-verbal.

A comunicação verbal é aquilo que dizemos ou ouvimos e a comunicação não-verbal é aquilo que transmitimos ou conseguimos perceber no outro e que vai para além do que é dito verbalmente.

A mensagem que passa entre o receptor e o emissor através de palavras, seja ela oral ou escrita, permite que se estabeleça comunicação verbal.

Quer durante uma troca de palavras, quer durante o silêncio há comunicação não-verbal. Quando estamos na presença de outra pessoa estamos sempre a comunicar, mesmo sem dizermos nada, pois a comunicação não-verbal estabelece-se através da expressão facial, do contacto visual, da postura e dos movimentos corporais, do toque e do contacto físico, da qualidade da voz e dos segregados vocais (Barbosa & Neto, 2010; Twycross, 2003). Tem de haver coerência entre o que se diz e como se diz – entre a comunicação verbal e a comunicação não verbal.

Em CP a comunicação é muito importante e igualmente difícil. A comunicação a que me refiro não é simplesmente falar com os doentes e dar-lhes a mão. Não. Há especificidades que a podem tornar numa ferramenta muito importante. Existem competências básicas de comunicação em CP que têm de ser aprendidas e sobretudo, têm de ser treinadas.

Destacando algumas delas, temos a escuta activa, a empatia, o *feedback*, o fazer perguntas, o dar informação, a honestidade, a personalização, a disponibilidade, a sensibilidade, a clarificação e a validação (Back et al., 2005; Barbosa & Neto, 2010; Corney, 2000; Metzger et al., 2008; Tulskey, 2005; Twycross, 2003).

Aprendi estas competências básicas e até já as tinha treinado no meu trabalho diário ou mesmo com os familiares e com os amigos, mas no estágio de prática clínica e assistencial pude realizar um treino mais intensivo. Nem sempre foi fácil.

Na UCP pude verificar como o treino é realmente fundamental e que os profissionais da UCP utilizam as perícias de comunicação de uma forma natural.

Para além de toda a comunicação que pude observar entre profissionais e doentes e/ou familiares e de todos os registos sobre a mesma que pude ler, ao longo do meu estágio pude aplicar competências de comunicação.

O senhor T foi o primeiro caso que me foi atribuído na UCP. Não sabia ao certo o que é que o senhor T. sabia sobre a sua doença – diagnóstico e prognóstico. Nunca consegui explorar pois era uma pessoa muito calada e talvez por ser o primeiro caso em que estive, não me senti à vontade para fazer perguntas. O senhor T. era daquelas pessoas que nos “obrigava” a estar extremamente atentos à sua comunicação não verbal. Ele nunca referia queixas álgicas nem de cansaço, estas só eram perceptíveis pelos ligeiros esgares de dor que manifestava e pela incapacidade de realizar a extensão completa dos joelhos durante a marcha quando já estava cansado. Só na última sessão é que referiu “vou para casa, mas não sei por quanto tempo”, demonstrando claramente preocupação com o seu estado de saúde. Aqui tentei demonstrar-lhe, através de escuta activa, que percebia que ele estava preocupado com a sua saúde e a transmitir-lhe disponibilidade da equipa da UCP – que estariam ali se necessitasse.

A senhora A., era uma situação completamente distinta. Ela tinha conhecimento de toda a sua situação clínica e era uma senhora que falava muito porque se notava claramente que precisava de desabafar. No caso desta senhora, e sem me aperceber disso, pude por em prática quase todas as competências básicas de comunicação.

Normalmente a senhora A. aproveitava para falar quer enquanto estava no quarto quer durante a marcha no corredor. Um dia através da sua linguagem não verbal consegui perceber que não queria falar no quarto quando comecei a perguntar como se sentia. Por isso não insisti e quando fomos caminhar falou sobre como a família estava a lidar com a situação – por isso não queria falar em frente à sua irmã.

Falávamos de coisas simples como as notícias, de questões clínicas como os problemas urinários, o estado da cicatriz ou a interferência do cansaço na marcha e até da sua terra, da sua profissão, da sua família, para que conhecesse melhor a pessoa que tinha à minha frente.

Mas os locais em que conseguíamos ter habitualmente conversas mais profundas eram na sala de espera ou num corredor cheio de sol – dois locais muito agradáveis e sossegados – na pausa na marcha. Numa das conversas mais longas que tivemos a escuta activa, a empatia e o *feedback* foram os meus grandes aliados para lhe demonstrar que percebia que ela estava muito preocupada com a irmã e que era normal que se sentisse assim porque sempre tinha sido ela a tratar de tudo em casa e agora não era, percebi e transmiti-lhe que percebia que o não conseguir tratar da sua mãe a deixava muito angustiada, validei os seus sentimentos, chorou e nunca quebrei o silêncio. Durante esta mesma conversa mostrou-se até preocupada comigo: “veja lá se não tem de ir ter com outra pessoa”. Mas tinha disponibilidade de tempo e uma vez que a senhora A. estava a partilhar comigo medos e angústias, claro que o meu lugar era estar ali sentada com a senhora A. e não a fazer os meus registos, que poderia fazer mais tarde. Procurei demonstrar-lhe sempre que estava atenta ao que me dizia, sobretudo através de segredados vocais e de contacto visual enquanto ela falava.

Num dos dias em que realizávamos marcha, perguntei tal como sempre fazia “quer sentar-se?”, ao que ela respondeu que não. Um excelente sinal. Naquele dia, para além de não estar cansada, não necessitava de conversar. Foi um dos casos em que me senti mais confiante em termos de comunicação.

Um dia li nos registos a descrição de uma conversa com a senhora A. em que era abordada a temática da alta. Nesta a senhora era informada sobre instituições para onde poderia ir, questionada sobre as suas preferências, sobre o que achava de ter alta. Era reforçado que no local que ela estava a escolher existiam profissionais que a iam acompanhar lá que ela já conhecia da UCP e que em qualquer situação de descontrolo sintomático poderia sempre regressar e contar com a UCP, demonstrando-lhe assim disponibilidade.

O senhor G., apesar de saber o seu diagnóstico, evitava conversas sobre si e sobre o seu estado de saúde. Um dia perguntou-me como é que eu achava que ele estava e eu devolvi-lhe a questão, ao que ele me respondeu que se sentia melhor. Depois

perguntou-me se eu achava que ele ia ter alta ao que eu lhe perguntei o que é que ele queria, ter alta ou ficar ainda internado, ao que ele respondeu “cá estou bem porque me tratam muito bem mas em casa também estava”. Assim, consegui não fugir à honestidade e obter informação face às perguntas que ele me colocava.

Mas nem sempre era comunicativo. “O que está a pensar?” perguntei eu numa das sessões em que ele estava particularmente calado e pensativo. Desconversou com o tempo, que estava nublado. Eu transmiti-lhe que se precisasse de falar eu estava ali para o ouvir. Quase no final da sessão acabou por dizer que estava preocupado porque não conseguia defecar. Disse-lhe que iria transmitir à enfermeira X e que ela iria procurar resolver essa questão. Agradeceu.

No dia seguinte a uma conferência familiar com o senhor G. e com os seus filhos, perguntei ao senhor “como é que se sentiu com a notícia de que não vai fazer quimioterapia, pelo menos por agora?”. Obtive como resposta “eles (os médicos) é que sabem”. Aqui tentei explorar os seus sentimentos, questionando-o abertamente, mas a primeira resposta foi de fuga. Fiquei com a ideia que o objectivo foi mesmo terminar ali a conversa, porque depois foi muito evasivo com as suas respostas.

O senhor MG era uma pessoa muito apelativa. Apesar de conhecer toda a sua situação clínica não queria abordar as questões do futuro. Procurava sempre nas nossas palavras a esperança de que ia melhorar. Tendo por base a honestidade, não lhe podia dizer o que ele queria ouvir – que ia melhorar e ficar independente na marcha. Não era fácil lidar com este senhor. Estava sempre a questionar, a lamentar-se que não melhorava na esperança que disséssemos que estava melhor ou que ia melhorar – mentindo, face ao seu diagnóstico e prognóstico.

Este foi um dos casos em que as técnicas dos dedos cruzados e dos tiros de aviso eram constantemente utilizadas, adicionalmente à escuta activa e à empatia (Barbosa & Neto, 2010). Uma personalidade muito pessimista focando sempre como estava mal, mas na esperança que o contrariassem, mentindo, dizendo que estava bem. Eu procurava sempre focar e valorizar o que ele era capaz de fazer.

Li nos registos que o doente tinha questionado a médica “vou morrer aqui?”. A médica validou que não podia precisar o futuro, locais e datas, mas que se podia fazer o possível para ser como ele desejava. Questionou-o se gostava de ir a casa – “sim, quando estiver mais autónomo” – e ajustou as expectativas quanto à não possibilidade de ficar mais autónomo do que estava e que deveria balançar isso com a importância de ir a casa para si – “vou pensar”.

Um dia durante a marcha fomos até à sala de espera onde estava outro doente, deitado na sua cama, virado para a janela enquanto lhe davam a comida. “Nem posso olhar para o senhor nessa cama” afirmou. Fiquei tão perplexa com a afirmação que nem consegui explorar o que tinha dito. Provavelmente esta afirmação revelava os seus receios em se ver a ele próprio assim, naquela mesma situação. Fiquei calada porque não sabia o que dizer. Fui apanhada de surpresa e bloqueei. Como me lembrei que me ensinaram que quando não se sabe o que dizer é melhor ficar calada, assim

fiz. Deveria ter explorado esse seu receio. Procurado perceber porque é que tinha afirmado aquilo. Este foi um dos casos em que eu me senti mais incapaz em termos de capacidades de comunicação.

O senhor P., um doente em fase terminal, não exteriorizava os seus sentimentos, angústias ou dúvidas, aumentando assim a probabilidade de agitação pré-terminal.

Li muito dos registos feitos sobre este senhor, registos médicos, de enfermagem e de acompanhamento por parte da psicóloga. Pude aprender muito, pois eles eram ricos a referências sobre comunicação. Passando a citar um desses registos, “após tentativa de conversa para aprofundar problemas, começa com discurso lamuriante, claramente a evitar conversas mais intensas. Verbalizo que respeitaremos espaços e vontade, mas que se não falar do que o preocupa dificilmente encontraremos maneira de ajudar”.

Na primeira sessão de Fisioterapia eu e a minha orientadora dirigimo-nos ao quarto do senhor P., batemos à porta e perguntámos se podíamos entrar. A resposta lá de dentro veio da enfermeira que disse para aguardarmos. A enfermeira saiu e pediu-nos que lhes déssemos algum tempo antes de entrar para realizar a Fisioterapia. Contou-nos que estava a fazer os pensos ao senhor P. e que ele a questionou directamente, que quis saber - “eu não vou melhorar, pois não?” - e que ela respondeu com honestidade dando a informação - “não” - e que ambos, marido e mulher, tinham chorado e que ela tinha validado os seus sentimentos. Aqui a enfermeira proporcionou a informação que lhe estava a ser claramente pedida, com honestidade.

Na sessão seguinte fiquei sozinha com o senhor P. A certa altura disse “tenho muita coisa a roer por dentro”, ao que eu devolvi “muita coisa em que pensar não é? E coisas que o preocupam”. Mas não aprofundámos muito mais. Compreensível pois conhecíamos-nos há somente dois dias.

Gradualmente, este senhor foi-se abrindo com os profissionais, especialmente com uma enfermeira, com a sua médica e com a psicóloga, com quem tinha uma relação de maior proximidade. Estas profissionais facilitavam que ele comunicasse os seus sentimentos, que falasse acerca do processo de fim de vida, incentivaram-no a pensar no que poderia tornar os seus dias melhores e a pensar no que lhe tinha sido significativo e positivo ao longo da sua vida, reforçavam a sua coragem na forma como se estava a deixar ajudar e cuidar. Conseguiu-se que este senhor fosse transmitindo os seus sentimentos, falasse sobre a morte e sobre os seus receios, pedindo que não o deixassem sofrer. Esta comunicação por parte do senhor P. só foi possível pois os profissionais sabiam utilizar competências de comunicação, designadamente, a escuta activa, a empatia, o questionar, o demonstrar disponibilidade para ouvir e o saber como dar a informação.

Em casos de demência ou de alterações da memória como o caso do senhor R., do senhor E. ou da senhora F., a comunicação é muito mais difícil. Não há a possibilidade de explorar temas mais profundos e a comunicação resume-se quase à estritamente

necessária para o desempenho da actividade e para a manutenção da concentração. Contudo, o doente que temos à nossa frente é uma pessoa, à qual devemos dar atenção em termos de personalização e de transmissão da informação. Mesmo que a pessoa esqueça ou aparentemente não esteja a ouvir, temos de comunicar com ela, mencionando, por exemplo, o que estamos a fazer, tratando-a pelo seu nome, respondendo o número de vezes que for necessário à questão repetitiva que nos coloca, ouvindo a história que tem para contar,....

Um dia o senhor M. estava a tentar contar-me uma história/lengalenga mas enganava-se constantemente na mesma frase e voltava ao início, chateado. Tentei tranquilizá-lo dizendo-lhe que quando se lembrasse logo me dizia, procurando transmitir-lhe o mesmo também através do meu tom de voz e da minha expressão facial. Quando conseguiu foi uma alegria na sua expressão, que eu e a sua amiga cuidadora celebrámos com palmas e elogios.

Outro exemplo é o do senhor R. que era sempre tratado por senhor coronel, pois tinha sido coronel do exército antes de se reformar. Quando assim o chamávamos conseguíamos mais facilmente a sua atenção e uma expressão de felicidade.

Fazia ainda questão de falar com o senhor E. e informá-lo sobre o que estava a fazer durante a Fisioterapia, apesar de este não demonstrar qualquer reacção excepto à estimulação dolorosa.

Nestas situações de demência a família é normalmente quem mais necessita que as competências básicas de comunicação sejam utilizadas.

Aprendi muito, não só com as situações com que lidei directamente e às quais procurei dar uma resposta acertada em termos de comunicação, mas também com os registos de comunicações de outros profissionais com os doentes e a sua família.

Resumidamente, o estágio permitiu-me essencialmente por em prática a escuta activa, apreendendo o contexto e os sentimentos transmitidos pela comunicação verbal e não verbal e transmitir que percebi o que me está a dizer e como se sente relativamente a isso. Treinar a empatia, procurando colocar-me no lugar do outro, e comunicar-lhe que o compreendo, nomeadamente com expressões como “não estou no seu lugar mas imagino que seja muito difícil”. Usar recorrentemente a clarificação, questionando o doente sobre o que me dizia para que eu compreendesse exactamente o que ele queria dizer ou saber, por exemplo, “o que quer dizer com....”. Habituar-me a questionar de uma forma aberta, sendo “como posso ajudá-lo?” ou “como está?” apenas exemplos. Praticar o demonstrar de disponibilidade, quer através da minha comunicação não-verbal, por exemplo sentando-me com o doente, agachando-me junto à sua cadeira, não olhando para o relógio como quem tem mais sítios onde estar, olhando para ele, e através da comunicação verbal, por exemplo, “hoje não pode, mas amanhã passo cá outra vez para saber se quer” ou “se precisar estamos aqui para o ouvir”. E ainda treinar outras competências como dar *feedback*, ser sensível na forma de comunicar e validar os sentimentos que me transmitiam.

O que achei mais difícil foi o dar a informação. Tinha sempre receio de não estar a perceber bem que informação o doente queria ou não saber. Não queria faltar à honestidade e, talvez por receio de não saber lidar com a sua reacção, recorria frequentemente às técnicas dos dedos cruzados e à devolução da pergunta. Não é que fosse um comportamento errado, mas talvez nalgumas ocasiões não fosse o mais indicado e eu pudesse ter sido mais correcta numa ou outra situação, aprofundando a conversa (Back et al., 2005; Tulskey, 2005).

Especialmente na linguagem não verbal acho que melhorei muito, apreendendo cada vez mais do outro e controlando melhor o que transmito. Percebendo na expressão facial esgares de dor e/ou preocupação e transmitindo sobretudo tranquilidade. Procurando manter contacto visual “com o espelho da alma” de quem está à minha frente, sem ser demasiado opressora, para demonstrar que estou atenta. Para além dos aspectos a que já dava atenção, sobretudo em termos de postura, movimentos corporais e toque, por imposição da prática clínica enquanto fisioterapeuta, passei a adoptar uma postura e movimentos corporais que para além de correctos do ponto de vista profissional transmitam sobretudo disponibilidade e atenção e a observar os do doente, em busca de sinais de desconforto, agitação e intranquilidade, e não só de alterações face ao considerado normal. Quanto ao toque e ao contacto físico, inerentes à prática da Fisioterapia, procurei que transmitissem também disponibilidade e sobretudo conforto. A forma como eu falo ou escuto também foram melhoradas, procurando adquirir um tom e ritmo de voz que transmitam tranquilidade e interesse face ao que me é dito, em consonância com segregados vocais enquanto escuto, e analisando os da pessoa que tenho à minha frente em busca de sinais de preocupação, angústia ou outros. Aprendi a respeitar as pausas/os silêncios e os choros, sem interromper ou tentar abreviar os mesmos (Barbosa & Neto, 2010; Twycross, 2003).

Felizmente não caí em velhos hábitos de paternalismo, de tentativa de resolução de problemas, do fingir que não ouvi ou de fuga face a assuntos mais profundos, de normalizar ou tranquilizar de forma falsa, de desvalorizar, ou de não estar atenta à comunicação não verbal do doente e à minha.

Durante o estágio assisti a uma situação complicada em termos de comunicação.

No serviço, nomeadamente na Unidade de Cuidados Continuados, morreu de forma inesperada uma senhora, por problemas cardíacos. Uma enfermeira ao ver chegar a irmã da senhora dirigiu-se a ela e deu-lhe os pêsames. A senhora desatou num pranto no corredor, pois não sabia que a sua irmã tinha morrido. Posteriormente ouvi a enfermeira referir “sinto-me a pior enfermeira do mundo”. O que aconteceu aqui foi uma falta de comunicação. Entre os profissionais, que não transmitiram uns aos outros que a irmã não tinha conhecimento do óbito, e entre a profissional e a irmã, pois a enfermeira não pesquisou por pistas não verbais e verbais procurando identificar se a irmã sabia do sucedido ou não. A enfermeira teve imediatamente o

apoio dos colegas que falaram com ela e a senhora teve o apoio dos profissionais da UCP.

Ainda no que respeita à comunicação, gostaria de referir só uma curiosidade. Por mais do que uma vez enquanto almoçava no refeitório do hospital fui interpelada por pessoas, possivelmente utentes do hospital ou visitas, que me questionavam “o que são os Cuidados Paliativos?”. Ao lerem no meu crachá de identificação Cuidados Paliativos procuravam esclarecer as suas dúvidas. Entre garfadas lá fui explicando, clarificando que não eram só para pessoas numa fase terminal, que não eram apenas para pessoas com cancro, que não era o serviço para onde os doentes iam quando já não havia nada a fazer, que o principal objectivo era a qualidade de vida, que o controlo de sintomas era fundamental, etc, etc, etc. Foi interessante!

A utilização de uma comunicação adequada no âmbito dos CP tem como benefícios o aumento da satisfação dos utentes, o aumento da adesão aos tratamentos, a redução da incerteza, a melhoria dos relacionamentos e o indicar ao doente e sua família uma direcção (Back et al., 2005; Barbosa & Neto, 2010; Twycross, 2003). Motivos mais que suficientes para prestar atenção à comunicação verbal e não verbal, minha e dos utentes, e para justificar a utilização de competências básicas de comunicação. No fundo o fundamental é ouvir, observar e sentir (Corney, 2000).

2.2.3. Apoio à Família

Em Cuidados Paliativos a família é parte integrante dos cuidados e não um mero espectador de bancada.

O apoio à família dirige-se à família enquanto cuidadores e à família enquanto elemento alvo de cuidados com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida, pois tal como demonstra a definição os CP são uma “*abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias (...)*” (Direcção Geral da Saúde, 2004; Payne et al., 2010a; Sepúlveda et al., 2002).

Assim, o apoio, a informação e o ensino prestados pela equipa de Cuidados Paliativos à família constituem mais um dos pilares em que assenta a prática de Cuidados Paliativos (Direcção Geral da Saúde, 2004; Payne et al., 2010b; Sepúlveda et al., 2002).

As famílias são todas distintas umas das outras, com características e vivências próprias de cada indivíduo e do conjunto familiar.

Na UCP pude conhecer várias histórias familiares e membros de várias famílias. Na avaliação inicial que é feita ao utente fica no registo qual é a composição do seu agregado familiar. Além disso ao longo do tempo, nas conversas que ia tendo com os doentes, fiquei a conhecer um pouco mais sobre a sua história familiar.

Nesta UCP não há horário de visitas, pelo que era muito fácil cruzarmo-nos com os familiares. Normalmente é pedido aos familiares que se retirem do quarto quando é necessário realizar algum procedimento, nomeadamente a Fisioterapia. No entanto isso nem sempre aconteceu. Desde que fosse essa a vontade do doente e que a família não perturbasse nem prejudicasse, por vezes estes ficavam no quarto.

À medida que se ia lidando com as pessoas ficava a conhecer melhor o seu contexto familiar e a compreender o tipo de relações que se estabeleciam entre os vários membros da sua família.

Os elementos de uma família organizam-se entre si, sendo que cada um tem um papel na sua estrutura familiar. Por vezes há acontecimentos, como uma patologia num dos membros, que fazem com que o equilíbrio familiar seja perturbado, gerando-se crises familiares com alterações da dinâmica familiar e mudanças significativas no seio da família (Alarcón et al., 2002; Neto, 2010).

Por exemplo, a senhora A. era o elemento mais forte de uma família matriarcal alargada. Era viúva, não tinha filhos, mas com ela viviam a sua mãe e um dos quatro irmãos, que era solteiro. Era ela quem organizava a família, que geria tudo em casa, quem cuidava da sua mãe e do seu irmão. Agora, mesmo estando com graves problemas de saúde, as suas preocupações continuavam a recair sobre a gestão familiar e em organizar quem fazia o quê, designadamente, quem tratava da mãe dependente, quem cozinhava, etc., delegando responsabilidades sobre a sua irmã que, tal como a senhora A. referia, “não estava habituada, mas agora tem de fazer as coisas”.

Num outro exemplo, o do senhor M.G., era clara a desorganização de uma família patriarcal em que o pilar da família, o pai, estava doente. A esposa, o elemento mais débil da família, era protegida pelo marido – “em casa tentava poupar a minha esposa com algumas mentiras, dizia-lhe que não estava cansado quando estava”. Ela dizia que gostaria que o marido ainda durasse mais uns anos porque tinha noção que ele era a figura de referência do filho, porque se sentia muito apoiada por ele e porque não sabia se conseguiria gerir tudo sozinha (Meltzer, 2009; Rebelo, 2007). Referia também que passava muitas noites acordada a pensar no futuro, especialmente no futuro do filho. Curioso notar que provavelmente o patriarca já tinha escolhido quem o iria suceder. A sua irmã gémea era quem o acompanhava mais e quem sabia de tudo.

Neste contexto de desorganização familiar o apoio da equipa de Cuidados Paliativos tem um importante papel. Como? Esclarecendo dúvidas, possibilitando que os membros da família exponham os seus receios, favorecendo o diálogo entre os familiares, informando, ou seja, proporcionando espaço para que as famílias comuniquem, tomem decisões, se organizem.

As conferências familiares são uma das ferramentas disponíveis para este efeito, podendo ser utilizadas para clarificar os objectivos dos cuidados, ajudar na resolução

de problemas e prestar apoio e aconselhamento (Hudson et al., 2008; Neto, 2003; Neto & Trindade, 2007).

Na UCP em que realizei o estágio existiam conferências familiares planeadas com antecedência, mas muitas das trocas de informação ou esclarecimentos aconteciam de uma forma espontânea. Os profissionais e os familiares interagiam em várias ocasiões, designadamente, quando se encontravam no quarto do doente, ao encontrarem o profissional/familiar no corredor, dirigindo-se ao balcão à procura do profissional ou dirigindo-se o profissional ao quarto à procura do familiar.

Um dia um filho questionou-me quando eu vinha a sair do quarto da sua mãe - “Acha que a minha mãe tem condições para fazer Fisioterapia?” - respondi transmitindo-lhe quais eram os objectivos no caso específico da mãe e que a Fisioterapia era realizada de acordo com as suas capacidades e necessidades no momento presente. O filho agradeceu a informação e demonstrou ficar mais tranquilo.

A conferência familiar, enquanto forma estruturada de intervenção familiar, *“permite ao doente e familiares, bem como à equipa de saúde, em conjunto, elaborar e hierarquizar problemas, discutir as diferentes opções de resolução das situações e estabelecer consensos, decisões e planos”* (Barbosa & Neto, 2010; Neto, 2003; Neto & Trindade, 2007).

O registo das conferências familiares na UCP era feito no processo do utente, obedecendo a uma estrutura base (anexo 1). Pude consultar vários registos, donde extraí informação relevante sobre o que era transmitido à família, quais os assuntos que preocupavam o doente e a família, se existiam conflitos, etc..

Quando o doente dava entrada na UCP era sempre realizada uma conferência familiar para acolhimento, para discussão do plano terapêutico, para detectar as necessidades da família, para perceber o que o doente e/ou os familiares sabiam e obter informação sobre o diagnóstico, o prognóstico e a evolução, para clarificar quais eram os objectivos dos cuidados, para clarificar sobre os CP e o trabalho de equipa, para conhecer quais eram as expectativas, para dar apoio emocional, para tratar de questões práticas, entre outros pontos que podem ser abordados de acordo com as necessidades.

Foi-me descrita uma conferência familiar com os filhos do senhor E., que eram os seus cuidadores e com quem coabitava previamente. Este senhor era totalmente dependente de terceiros para realizar AVD'S, obtendo classificação C20 na escala de Karnofsky (nível de autonomia funcional: totalmente acamado e necessitando de extensos cuidados de enfermagem/família) e classificação 0 no índice de Barthel (grau de dependência: total). Esta conferência familiar tinha o objetivo de monitorizar as expectativas dos filhos, pois estes apresentavam alguma limitação em integrar a gravidade da situação do pai e irreversibilidade da mesma, tendo sido reforçado junto deles que o controlo da intercorrência infecciosa respiratória não significava melhoria da patologia de base e da dependência associada. As questões da

nutrição foram também revistas nessa mesma conferência pois a filha mantinha-se muito focada no facto da recusa alimentar e na perda de peso do pai. Foi discutida a tomada de decisão relativamente à questão ética da alimentação face à pressão que os filhos exerciam para que o pai fosse “entubado”, explicando-lhes a decisão face à progressão da patologia de base.

Pude assistir a uma conferência familiar do senhor G., para transmitir informação sobre a situação clínica do doente e para abordar expectativas perante a realização de novo ciclo de quimioterapia. A conferência foi realizada no quarto do doente e nesta participaram o senhor G., os seus dois filhos, o médico e eu.

Foi transmitido a todos que lamentavelmente o estado do senhor G. continuava a ser grave e que se tinha detectado doença hepática. Que iriam ser feitos esforços razoáveis para o diagnóstico, como a ressonância, mas que se evitaria submeter o senhor a exames invasivos que não oferecessem benefício. Valorizaram-se os ganhos em termos clínicos, que todos reconheceram.

Falou-se sobre os efeitos do primeiro ciclo de quimioterapia – cansaço, sonolência – e sobre as expectativas acerca de realizar ou não novo ciclo. O doente, que mantinha o seu juízo crítico, não negou vontade de realizar 2º ciclo de quimioterapia. O filho mais novo falou da experiência da mãe, falecida há três anos por cancro do colo do útero, que realizou quimioterapia quase até ao momento do falecimento. Este manifestou que “é preciso saber parar”, que gostaria que o pai aproveitasse melhor os seus últimos dias, independentemente do tempo que isso representasse, com conforto e sem necessidade de internamentos recorrentes.

Não houve consenso no plano traçado, ficando marcada nova conferência familiar para avaliar os resultados das análises que iria realizar no dia seguinte e falar novamente sobre a quimioterapia.

No fim o filho mais novo solicitou à médica que não informassem o filho mais velho quando este estivesse sozinho, dado que tinha limitação intelectual e às vezes não tinha capacidade para gerir e transmitir a informação, e ao irmão do doente por este ser uma pessoa muito ansiosa. Neste caso não se tratava de um pedido de conspiração do silêncio, pois todos podiam saber de tudo, o filho pedia apenas para que ele estivesse sempre presente quando houvesse informação para transmitir.

Posteriormente, e já com o resultado das análises, a médica falou comigo dizendo que neste caso as análises mostraram que as plaquetas estavam baixas e por isso não existiam condições para fazer a quimioterapia, facilitando assim a decisão.

Tomei conhecimento do que se tinha passado com o senhor V. e mais concretamente com a sua filha, uma situação que demonstrou que nem sempre é possível o apoio à família, pois há casos em que pura e simplesmente não querem ouvir nem falar.

A sua filha apresentava um comportamento de fuga e de agressividade. Evitava falar do que era realmente importante, como o controlo sintomático e a melhoria do

estado funcional, e tinha afirmações como “o que o meu pai esteve a fazer no fim-de-semana também fazia no Hotel Vidago Palace”.

O doente estava internado na UCP, mas a pedido da filha foi para a Medicina Interna, de onde já tinha sido transferido para a UCP face ao seu estado clínico global e à não necessidade de cuidados agudos. A filha “exigiu” de forma agressiva que o pai passasse para os cuidados da Medicina Interna. Após ter sido questionada sobre se existia alguma razão objectiva para tal pedido, até porque o pai estava melhor e sem sintomas de novo, manteve-se numa atitude de conflito.

Esta senhora não ouvia ninguém. Neste caso uma conferência familiar teria sido útil para a resolução de conflitos com a equipa, para clarificar o que são os Cuidados Paliativos, para clarificar sobre os objectivos dos cuidados face ao diagnóstico de base. A opinião geral é que esta senhora não queria o pai em “Cuidados Paliativos”, mas em qualquer outro serviço que não tivesse este nome. Provavelmente teria uma opinião muito errada acerca dos cuidados prestados e faria parte da percentagem da população que ainda vê os Cuidados Paliativos como “o serviço para onde se vai para morrer”.

Este comportamento demandante seria por achar que na UCP as necessidades do seu pai não eram satisfeitas, seria por receio de que acontecesse alguma coisa ao seu pai, seria porque não estava a conseguir lidar com o facto de que o seu pai tinha um problema crónico irreversível, seria a dificuldade em lidar com as emoções ou seria porque tinha simplesmente uma personalidade “difícil” ? Esta senhora rejeitou qualquer tipo de apoio por parte da equipa da UCP (Hudson et al., 2004).

No primeiro dia após a transferência para a Medicina Interna ouvi o médico do serviço a falar com a filha – “o seu pai tem condições para ter alta...” – ao que ela respondeu – “se tiver alta, amanhã estou aqui nas urgências outra vez”. A filha queria que o seu pai continuasse internado, mesmo sem necessidade.

O apoio familiar passa também por facilitar e promover o envolvimento dos familiares nos cuidados ao doente.

A família deve ser integrada nos cuidados prestados ao doente. A participação activa nos cuidados de alimentação, de higiene ou nos tratamentos permite reduzir a ansiedade face ao desconhecido e promover a comunicação entre família, doente e equipa (Barbosa & Neto, 2010; Direcção Geral da Saúde, 2004). Não se devem forçar comportamentos, mas podem-se demonstrar os benefícios de que ocorra este envolvimento.

Numa das reuniões de equipa foi dito que se tinha transmitido à esposa de um doente “respeito que não goste de ver o seu marido assim, no entanto pense que ele não deixa de ser o seu marido e que pode ser importante para si acompanhá-lo nesta fase”, pois a senhora ausentava-se cada vez mais.

A esposa do senhor P., pelo contrário, estava sempre muito presente. Notava-se o gosto, quer da esposa quer do marido, em estarem na presença um do outro apesar

do sofrimento face ao prognóstico, em que fosse ela a dar-lhe o almoço, que lhe desse água quando ele pedia ou que o ajudasse com o urinol em vez de ser uma auxiliar ou enfermeira.

O senhor G. gostava imenso que o filho fosse connosco transportando a cadeira de rodas enquanto treinávamos marcha ao longo do corredor. Mesmo na fase em que o senhor G. não necessitava de descansar a meio do treino, lá vinha o filho. Mesmo quando chegávamos ao quarto queria ser o filho a descalçar o pai ou a ir com ele à casa de banho.

O tema da alimentação era preocupante para os filhos do senhor E. e estes queriam saber o que podiam fazer para ajudar o pai nesse aspecto. Foi-lhes ensinado que por este apresentar disfagia na UCP estavam a adicionar espessante aos líquidos fornecidos. Disseram-lhes que quando tivesse alta poderiam fazer o mesmo em casa até com gelatina e que a medicação administrada teria de ser triturada e misturada nesse líquido ou na comida.

O senhor R. tinha um excelente suporte familiar. Uma família numerosa e presente e vários amigos que o visitavam. Por vezes quando o doente não está orientado a família e os amigos retiram-se, ou quando estão presentes falam apenas uns com os outros e esquecem o doente. Aqui não, notava-se uma preocupação em falar com o senhor R., em estimular a sua memória. Traziam fotos, os amigos falavam da sua história, vinham os filhos, os netos, e passavam tardes bem agradáveis na companhia uns dos outros. E o prazer na expressão de todos era bem visível. A esposa preocupava-se também com as questões mais práticas, procurando receber informação sobre qual era a alimentação mais correcta para o marido ou como é que ele deveria tomar a medicação, especialmente numa fase mais próxima da alta.

A equipa procurava sempre valorizar este suporte e envolvimento da família nos cuidados, manifestando isso mesmo aos familiares. A equipa agradecia aos familiares e na maioria dos casos os familiares agradeciam aos profissionais por estes os ensinarem a ajudar.

Não se pode assumir que os familiares são cuidadores natos. Apesar de na maioria das sociedades isso ser visto como uma obrigação familiar, nem sempre há membros da família com características de cuidadores. Há que pensar o conceito de família de uma forma mais alargada, pois muitas vezes a prestação de cuidados recai sobre uma rede de suporte mais alargada que engloba os amigos (Payne et al., 2010a).

No caso do senhor M. uma amiga da família era mais cuidadora do que a mulher. A esposa era fisicamente mais debilitada e mesmo a nível de relação interpessoal era mais fria e distante com o marido do que esta amiga. Por exemplo no dia da alta pude assistir a expressões como “agora despacho-o para ali”, “vais assim de robe” por parte da esposa, sem qualquer consideração pela vontade que o senhor M. tinha em vestir “roupa da rua” ou pela tristeza que demonstrava em não ir para casa. Esta amiga preocupava-se em caminhar com o senhor, em fazer-lhe companhia ao almoço, em conversar com ele.

Também a senhora F. era cuidada por uma amiga. Esta cuidadora contou-me que eram dois casais amigos de há longa data, que ambas enviuvaram quase ao mesmo tempo e que sempre olharam uma pela outra. A senhora F. não tinha filhos, apenas sobrinhos. Este era mais um caso em que o principal cuidador não tinha laços de sangue com o doente.

O momento que antecede a alta é necessariamente uma fase em que os cuidadores necessitam de apoio. Apoio este que se foca sobretudo em receber informação prática sobre questões do dia-a-dia e também em receber informação e partilhar dúvidas sobre qual o melhor local para o familiar continuar a ser cuidado e com que necessidade de cuidados.

A preferência da maioria das pessoas recai sobre a sua casa, mas nem sempre é possível, pois por vezes não há a possibilidade de fornecer ai os cuidados necessários, não há condições para acolher o doente ou a sua estadia em casa iria representar um fardo demasiado grande para o cuidador. A tomada de decisão deve ter em conta as necessidades e desejos do doente, a disponibilidade e as capacidades dos cuidadores e a possibilidade de apoio ou não ao domicílio, se necessário (Payne et al., 2010a).

No caso da senhora L., que antes de ser internada vivia com a sua filha, genro e neto na casa destes, verificava-se uma ambiguidade face à escolha perante a alta – casa ou lar. A filha não sabia o que fazer. Foi-lhe explicado que a mãe beneficiava de ser estimulada, de ter rotinas e eventualmente de estar num local que lhe desse referências. Mas que por outro lado se a família não estivesse tranquila com a perspectiva de ter a doente em casa, isso poderia originar inquietação e exaustão contraproducentes. A filha questionou acerca do tempo de vida e tempo no qual a mãe desfrutaria do ambiente e das actividades com terceiros, sendo-lhe explicado que não lhe poderiam dar uma resposta concreta, que isso era uma incógnita, pois a mãe poderia agravar no decurso de uma intercorrência e falecer. A equipa procurava esclarecer a cuidadora, mas não poderia ser a equipa a decidir. A equipa fornecia-lhe informação para que esta tomasse a decisão de forma mais esclarecida. A senhora L. acabou por ter alta para a unidade de neuroestimulação de um hospital residencial. Creio que nesta decisão pesou bastante a exaustão em que se encontrava a filha.

No caso do senhor E. foram feitas várias conferências familiares com os filhos de preparação para a alta. Numa primeira conferência foram abordados os recursos humanos e materiais e os cuidados necessários a ter com o pai, face à gravidade da sua situação actual e irreversibilidade da mesma. Na conferência seguinte os filhos disseram que ainda não tinham contactado nenhuma IPSS para pedir ajuda. Tinham pensado em ver como é que se conseguiam arranjar sozinhos e consoante os próximos dias decidiriam se era necessário. Face à sua relutância em integrar a gravidade e necessidades do pai, a médica voltou a alertar para as debilidades crescentes do pai com provável crescente e progressiva dependência. Valorizou o que estavam a fazer pelo pai e o que também tinham feito pelo seu irmão e pela sua mãe e reforçou a necessidade de contactarem uma IPSS. A relutância dos filhos

provavelmente não se deveria apenas a questões monetárias, mas como previamente já tinham sido cuidadores da mãe e de um irmão com deficiência, achavam que seriam capazes – mas a situação do pai era de muito maior dependência e por isso com maior necessidade de cuidados. A preocupação da equipa justificava-se pois o senhor E. estava quase sempre acamado e necessitava de ajuda total para todas as AVD'S, seria um fardo muito grande só para os dois filhos. Os cuidados seriam muito melhor prestados com a ajuda de uma equipa com formação para tal.

Na nota de alta entregue à família existia sempre a seguinte referência “em caso de dúvida ou necessidade poderá contactar directamente a nossa unidade – número de telefone da UCP”, demonstrando aos familiares que a equipa da UCP estava disponível para o que precisassem e que a alta não era sinónimo de abandono.

Como referi inicialmente também os cuidadores devem ser alvo de cuidados, quer durante a doença do seu familiar quer após a morte deste. No âmbito dos CP estes cuidados focam-se sobretudo a nível de apoio psicológico e de apoio no luto (Direcção Geral da Saúde, 2004). Cuidar de alguém, sobretudo tendo uma relação familiar ou de amizade estreita com essa pessoa e estando ela necessitada de cuidados por uma situação progressiva e irreversível, deve ser muito difícil (Hudson et al., 2004; Payne et al., 2010a). É um trabalho não só físico, mas sobretudo um “trabalho emocional” (Payne et al., 2010a).

Na UCP utilizavam a Escala de Zarit reduzida (anexo 2) para avaliar a sobrecarga do cuidador principal (Ferreira et al, 2010; Gort et al., 2005). Existem muitos outros instrumentos para avaliar características dos cuidadores como a competência, a auto-eficácia, a sobrecarga, o optimismo, a preparação, o apoio social e a reciprocidade (Hudson & Hayman-White, 2006).

Há estudos que apontam que cerca de metade dos cuidadores de pessoas que recebem CP sofrem de ansiedade e cerca de 20% tem elevada probabilidade de ter depressão (Hudson et al., 2011).

Os cuidadores podem necessitar de receber apoio emocional e psicológico, que uma equipa de Cuidados Paliativos pode proporcionar (Payne et al., 2010a).

A filha do senhor L. foi uma das pessoas que necessitou desse apoio. Esta senhora era a principal cuidadora da mãe. Apesar de ter outro irmão este quase nunca estava presente. Quando a sua mãe foi internada ela demonstrava uma grande exaustão. Contudo, mesmo durante o internamento da mãe ela permanecia em exaustão, que deveria ter outras razões que não apenas a situação da mãe. Este foi um caso em que o apoio da equipa de CP não foi suficiente, foi necessária a intervenção da psiquiatria, tratando a equipa de CP de marcar a consulta. A senhora já era previamente acompanhada por depressão e provavelmente necessitaria de uma reavaliação.

À esposa do senhor P. foi prestado apoio emocional e acompanhamento psicológico, pois esta encontrava-se em clara exaustão face à situação do seu marido. Apresentava sentimentos de revolta face à realidade da gravidade e progressão da

doença e face à incapacidade de recuperação do seu marido. Estava preocupada pois o marido não comunicava abertamente com ela. Emocionalmente cansada esta senhora referia sentir-se muito sozinha, que o filho lhe dava menos apoio do que ela precisava. Dizia que se sentia mais tranquila quando falava, pois tinha muita necessidade de desabafar. No apoio que lhe era prestado valorizavam o que fazia pelo seu marido, mas também a alertavam para a necessidade de se auto-cuidar. Agradecia sempre o apoio que lhe davam a ela e ao marido.

Não obstante as características do percurso do luto serem semelhantes e de existirem traços comuns de comportamento, tal não significa que o luto seja igual para toda a gente. O processo de luto, a intensidade com que este se vivencia e o tempo que se precisa para tal varia de acordo com a relação que se tinha com a pessoa que se perdeu, com o grau de vinculação que existia, com a personalidade da pessoa em luto, com o contexto cultural em que se vivencia o luto, com o apoio de que a pessoa em luto dispõe, familiar ou profissional, entre outros factores (Rebelo, 2007).

Quando se procura ajudar uma pessoa em luto devem seguir-se os seguintes princípios: *“não esperar reacções idênticas em pessoas diferentes; evitar frases triviais como: «Todos temos de morrer um dia», «As coisas vão melhorar», etc.; não comparar tragédias; validar, «normalizar» as emoções; facilitar a identificação de sentimentos de culpa, raiva; esclarecer que provavelmente se sentirá pior antes de começar a melhorar; ajudar a actualizar a perda permitindo a repetição da história; identificar a forma como lidou com outras perdas; ajudar a restaurar a confiança em si, tomando decisões e aprendendo coisas novas; lembrar tarefas de autocuidado; ajudar a explorar o lado positivo de criar novos laços sem se sentir culpado”* (Moutinho, 2008).

Perante situações previsíveis de lutos complicados uma intervenção especializada e atempada é essencial para evitar consequências físicas e psicológicas negativas. Contudo, a maioria não necessita de apoio especializado (Barbosa & Neto, 2010). Mesmo que aparentemente a família pareça desorganizada geralmente é resiliente, arranjando estratégias para lidar com as situações de luto com que se depara.

Falei com a psicóloga da UCP para saber como é que era dado apoio relativamente ao luto. Ela foi incansável, informando-me e dando-me exemplos de casos e falando-me da sua experiência enquanto psicóloga da UCP.

Explicou-me que não há um acompanhamento estruturado da família ao longo do tempo após a morte do doente. O que fazem é ligar ao cuidador um mês após o falecimento para prestar apoio emocional e para procurar perceber como está a decorrer o luto. Algum tempo depois costumam também enviar uma carta ao cuidador, demonstrando disponibilidade para se precisarem se dirigirem à UCP ou ligarem. Existe ainda a tradição de enviar um postal de natal para as famílias dos utentes que faleceram naquele ano na unidade, pois as épocas festivas são sempre mais difíceis para quem perdeu um ente querido. Ser seguido pela psicóloga do serviço é uma escolha dos familiares. Pela sua experiência a maioria não procura

acompanhamento psicológico no luto, e muitos também o fazem fora da unidade. Alguns familiares querem ser acompanhados pela psicóloga imediatamente após a morte do familiar, mas é a própria psicóloga que nega esse pedido, pois tal como ela afirma pela sua experiência só é aconselhável passados três meses, pois no primeiro mês os familiares estão ocupados com a papelada e só no segundo e terceiro meses é que caem na realidade. Muitos familiares aparecem na UCP porque têm dúvidas ou porque precisam de falar.

A psicóloga refere que não têm tido muitos casos de luto patológico. Lembra-se de um em que, por exemplo, o casal que tinha perdido o filho colocava a televisão com o som muito alto para o filho ouvir o jogo do Sporting no quarto. Na minha opinião, e pelo que pude assistir enquanto fiz o estágio na UCP, o facto de não existirem muitos casos de luto patológico deve-se em parte ao apoio que toda a equipa e em particular a psicóloga dão aos familiares e ao doente no processo de fim de vida.

O senhor P. foi o único caso que eu acompanhei em que vivenciei a fase terminal e a fase final. Talvez por isso seja um caso a que faço tantas vezes referência, porque me marcou mais. O senhor P. precisava de ser ajudado no seu processo de luto preparatório e a esposa de acompanhamento, quer antes, quer após a morte, para verificar se o luto era normal.

Existem três tipos de intervenção profissional em pessoas em processo de luto: o apoio, o aconselhamento e a terapêutica. No caso focado, justificar-se-ia o apoio, pois não se tratava de um luto complicado/patológico, mas de um luto normal (Barbosa & Neto, 2010). O apoio implica a intervenção do profissional para disponibilizar informação sobre o processo de luto e os recursos disponíveis que podem ser utilizados. Este apoio tem de ocorrer tanto no imediato, como ao longo do tempo e rege-se pelos seguintes princípios: *“considerar o doente e a família como uma unidade única de cuidados; permitir a discussão aberta sobre a doença e os vários aspectos com ela relacionados; providenciar suporte emocional; facilitar assistência prática; e respeitar as práticas”* (Barbosa & Neto, 2010).

Penso que nos últimos dias de vida o casal conseguiu dizer ou transmitir um ao outro *“gosto muito de ti, perdoa-me, eu perdoo-te, obrigado, adeus”* (Twycross, 2003).

Inicialmente a esposa manifestava preocupação porque o marido não estava a comunicar abertamente com ela. Esta também referia que não tinha gostado de o ouvir dizer ao telefone a um amigo que estava deitado na cama e aí ia ficar até *“esticar o pernil”*. O doente dizia isso na esperança de se consciencializar da inevitabilidade da morte, usando a expressão como muleta de humor porque não conseguia dizer explicitamente a palavra morte.

O doente era incentivado a viver cada dia e a desfrutar do que conseguia fazer na sua situação actual. A equipa procurava proporcionar abertura e possibilidades para que todos comunicassem e expressassem as suas emoções. Assim, progressivamente foram falando de assuntos importantes para ambos, expressando os seus sentimentos, abrindo-se sobre assuntos mais profundos como o medo da morte. Isto

fez com que ambos fossem ficando mais tranquilos e com um discurso diferente. Apesar de se abordarem assuntos emocionalmente pesados nenhum dos membros do casal evitava as conversas. Emocionavam-se, choravam e os próprios admitiam que lhes fazia bem falar. A equipa procurava permitir a expressão e validação de sentimentos.

Trataram de arrumar assuntos mais práticos e falaram até do “depois”. A esposa dizia “eram maus hábitos, ele é que tratava sempre de tudo”. Talvez por isso a preocupação do marido em escrever uma lista com as coisas que a esposa tinha de tratar “depois” – como o próprio dizia – e em falar com ela sobre questões burocráticas de contas bancárias. O marido conseguiu dizer à sua esposa que ela tinha de andar para a frente, um dia de cada vez.

O discurso, sobretudo do marido, estava diferente, num reforço mais positivo do que o que vinha a apresentar e de maior abertura. Conseguiu ser ele a perguntar directamente “eu não vou melhorar pois não?”. Conseguiu falar sobre a morte – “não me assusta morrer, tenho pena, mas o meu dia-a-dia também tem tido coisas boas” – pedindo que não o deixassem sofrer. Expressava os seus sentimentos e agradecia sempre o apoio que a equipa lhe prestava. Pediu para estar mais a dormir porque precisava de descansar e não conseguia.

A esposa tinha noção do agravamento, dizendo que o sentia “definhar”. Percebia que para o marido era melhor estar mais a dormir, manifestando contudo que gostaria que ele estivesse mais acordado se estivesse mais tranquilo. Falava também da sua revolta face ao que estava a acontecer e da sua dificuldade em gerir tudo isso. Chorosa, agradecia e pedia para ele não ter sofrimento físico (dor e dispneia). Era prestado apoio emocional à esposa e esta era incentivada a auto cuidar-se.

O senhor P. faleceu tranquilo durante a madrugada. Foi transmitido à esposa pela manhã, que se mostrou tranquila e que agradeceu todos os cuidados e apoio prestados ao marido e a ela. Na UCP a notícia do falecimento é dada sempre presencialmente pela médica ou pela psicóloga, salvo se a família tiver comunicado que quer saber assim que o familiar falecer, mesmo que seja pelo telefone. Este senhor faleceu na véspera de eu terminar o estágio, pelo que não tive qualquer informação sobre o processo de luto da sua esposa posterior ao falecimento.

A esposa do senhor P. teria de fazer luto pelo seu marido, uma pessoa a quem estava vinculada e com quem tinha estabelecido laços e partilhado afectos ao longo dos anos (Rebello, 2007). Tinha pela frente um caminho de desvinculação, um percurso desgastante, confuso e difícil que levaria o seu tempo, mas que era necessário que o vivesse (Rebello, 2007). Sabia que podia contar com a equipa da UCP se precisasse.

O facto mais preocupante, relativamente ao processo de luto, era a ausência do filho do casal. A esposa dizia que transmitia tudo ao filho, que o informava do agravamento da situação do pai, mas este nunca tinha ido à UCP. Esta ausência do filho poderia ser um factor predisponente a um luto mais complicado para o mesmo.

O filho poderia vir a precisar de acompanhamento para o ajudar a passar as três fases – Evitamento, Consciencialização e Restabelecimento – a cumprir as três tarefas – Aceitação e compreensão da perda, Adaptação criativa à vida e Aquisição de significado – e a realizar os três objectivos – Interiorização, Investimento e Identidade – do luto (Barbosa & Neto, 2010).

Em termos de apoio à família a minha principal dificuldade centrou-se em conseguir afastar-me sem deixar de criar empatia com as famílias. Tinha de os compreender, mas não podia sofrer com eles, tinha de os ouvir, mas não ruminar essa informação como se fosse minha... E isso não era muito simples. Agora percebo que essa dificuldade se prende com a minha personalidade, pois tenho tendência para me ligar muito às pessoas.

Durante o estágio, e graças à equipa de CP, consegui vivenciar o que é *“prestar apoio à família, detectando os seus problemas, as suas necessidades, mobilizando também as suas mais-valias e ajudando-a a lidar com as perdas, antes e depois da morte do doente”* (Neto, 2010).

2.2.4. Controlo de Sintomas

O controlo de sintomas, tal como as outras áreas chave dos CP anteriormente referidas, é fundamental para proporcionar qualidade de vida ao doente.

Da perspectiva do doente e dos familiares são vários os factores relevantes para que tal aconteça. Num estudo de Heyland (2006), o controlo de sintomas surgia em sétimo lugar, num total de vinte e oito, no ranking dos factores mais importantes para a qualidade de vida do ponto de vista dos doentes e em quinto lugar do ponto de vista dos familiares.

Nos primeiros lugares posicionavam-se factores relacionados com as outras áreas chave dos CP, como a confiança nos médicos, que seja comunicada informação acerca da patologia de uma forma honesta, o dizer adeus e resolver conflitos, que haja uma comunicação eficaz, o não constituir um fardo nem físico nem emocional para os familiares, a continuidade dos cuidados após a alta, entre outros (Heyland et al., 2006).

A intervenção da equipa de CP no controlo sintomático tem por base a prestação de cuidados globais, ou seja, não olha apenas para os sintomas físicos, mas considera também aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Tem ainda em conta a promoção da dignidade e autonomia do doente, na definição de objectivos e nas decisões terapêuticas. Tem por base a prestação activa de cuidados, rejeitando a expressão “já não há nada a fazer”, pois se não for possível curar há certamente muito para aliviar. E por fim, considera que as áreas chave dos CP estão interligadas, logo para existir um

bom controlo sintomático tem de haver um bom trabalho de equipa, comunicação e apoio à família, proporcionados por um ambiente de apoio, respeito e abertura (Barbosa & Neto, 2010).

O controlo sintomático deve seguir determinados princípios. Há que avaliar e monitorizar correctamente os sintomas, para descobrir a origem do sintoma e a sua intensidade, compreender o seu impacto naquela pessoa específica (físico, emocional e social), que factores condicionam o seu agravamento ou melhoria. Recorrer a medidas farmacológicas e a medidas não farmacológicas. Antecipar, perguntando e observando em busca de sintomas previsíveis face ao contexto clínico e antecipar as medidas terapêuticas, como por exemplo deixar prescrita medicação em SOS. Explicar os sintomas e as medidas terapêuticas de uma forma acessível ao doente e familiares, estabelecer planos de intervenção com o doente e estar disponível para esclarecer dúvidas (Barbosa & Neto, 2010; Twycross, 2003).

Na UCP memorizei “devemos pensar sempre no melhor interesse do doente”, face à sua situação clínica, face às suas necessidades, face à sua vontade.

Não é a família “que manda”. A decisão não é da família. Embora esta tenha um papel muito importante em CP, não é o de decisor certamente. Por exemplo, fazer um exame invasivo e doloroso porque a família pediu é errado. Tal como pude ouvir numa das reuniões, se o resultado do mesmo não condicionar o plano de intervenção não se faz. A proporcionalidade da intervenção é um factor muito importante.

Face ao contexto de base de doença crónica, grave, progressiva e incurável, seja uma situação oncológica, de demência avançada ou qualquer outra patologia, não há indicação para medidas terapêuticas e/ou diagnósticas agressivas, invasivas e/ou desproporcionadas.

Neste contexto há indicação para tratamento proporcionado e apropriado com vista à promoção do conforto – como o controlo sintomático. Contudo não se julgue que em CP não são tratados problemas agudos ou que não há, por exemplo, critérios cirúrgicos. O tratamento desses problemas agudos, por intercorrências infecciosas ou outras, deverá é ser proporcionado. Por exemplo, apesar de poder parecer, o caso do senhor J. não se tratava de um caso de futilidade terapêutica: *“procedimentos terapêuticos que são desadequados e inúteis face à situação evolutiva e irreversível da doença e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família”* (Direcção Geral da Saúde, 2004). O elevado risco de parésia, o sofrimento do senhor J. por estar acamado e a sua enorme vontade em realizar a cirurgia, mesmo depois de conhecer todos os riscos, fizeram com que esta fosse uma intervenção proporcionada. Esta intervenção foi realizada com o objectivo de proporcionar conforto e melhor qualidade de vida.

À senhora L. e ao senhor T. foram tratadas infecções respiratórias com antibioterapia com boa resposta clínica, demonstrando que não é por ter problemas crónicos graves que não serão tratadas as intercorrências agudas. Se for possível tratam-se, para não acarretarem desconforto adicional aos doentes.

O controlo sintomático é dirigido a múltiplos sintomas que podem estar presentes, sejam eles de origem física ou psicossocial.

Os sintomas mais comuns em Cuidados Paliativos são a dor, a depressão, a ansiedade, a confusão, a astenia, a dispneia, a insónia, as náuseas, a obstipação, a diarreia e a anorexia (IAHPC, 2006; Ministério de Sanidad y Consumo, 2008).

Para controlar os sintomas é necessário saber que eles estão presentes. Uma das formas é questionar directamente e observar o comportamento do doente. Outra é através da utilização de escalas concebidas para avaliar vários parâmetros.

Na UCP a avaliação realizada aos doentes normalmente inclui a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), a Escala de Karnofsky Australia Modificada, a Escala de Zarit reduzida, o Índice de Barthel, a Escala de Quedas de Morse e a Escala de Braden (anexos 2-7). Estas escalas permitem conhecer a auto-avaliação do doente face aos seus sintomas de dor, cansaço, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia, avaliar o seu nível de autonomia funcional, avaliar a sobrecarga do cuidador principal, avaliar o grau de dependência do doente, avaliar o nível de risco de queda e o risco de úlceras de pressão que este apresenta.

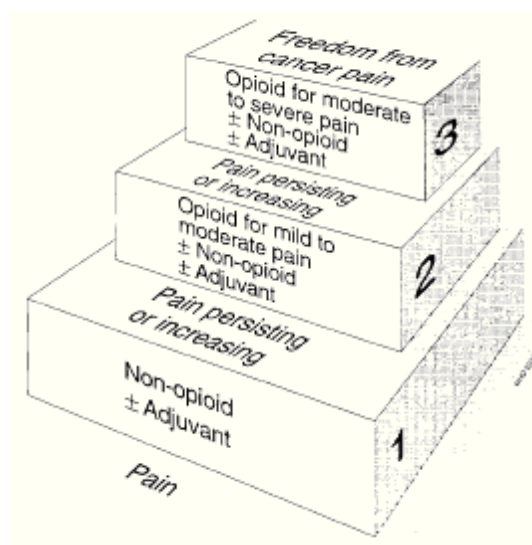
No processo do utente são introduzidos dados em todos os turnos relativos a outros aspectos que são avaliados. O enfermeiro reúne na folha de registo (anexo 8) a informação relativa àquele turno, que ele mesmo pode apurar e resultante da comunicação entre os vários profissionais que estiveram com o doente. Por exemplo, sobre a avaliação da pessoa, sobre a respiração, sobre a nutrição e a eliminação, sobre a actividade motora, sobre as visitas e como está a família, o que se falou com os familiares e/ou ensinou, e outras observações que julgue serem relevantes para o caso.

A dor é o sintoma mais comum e talvez o mais preocupante para o doente e para a sua família. Na UCP a avaliação da dor era feita por rotina. Todos os dias era feito o registo dos sinais vitais, em que a dor era incluída. Para avaliar a dor recorriam à escala numérica, utilizada de uma forma oral para os doentes que comunicavam verbalmente. Para os doentes que não comunicavam verbalmente ou cuja demência não permitia uma resposta fidedigna os profissionais baseavam-se na expressão facial. Não utilizavam nenhuma escala, apenas havia registos como “sem fácies de dor” ou “com esgar de dor”. O controlo da dor era feito sobretudo com recurso às medidas farmacológicas.

Embora a farmacologia não faça parte da minha área de conhecimento pude consultar os registos e verificar que medicação os doentes que eu seguia faziam.

Pude verificar que tinha vários utentes em diferentes patamares da escada analgésica (figura 1) preconizada pela OMS (World Health Organization, 1990).

Figura 1 - Escada analgésica



Fonte: World Health Organization, 1990

Tomavam fármacos não opióides ou opióides para o controlo da dor e alguns medicamentos adjuvantes, cujo objectivo era controlar outros sintomas presentes, ajudar no controlo da dor e tratar os efeitos adversos dos analgésicos, como antidepressivos, antiepiléticos, corticóides, bifosfonatos, entre outros, como antieméticos e laxantes (Lussier et al., 2004; World Health Organization, 1990).

A medicação pautada tinha horários específicos para ser administrada. Havia medicação em SOS para se surgisse dor, nomeadamente incidental ou irruptiva (World Health Organization, 1990)

O senhor G. por exemplo, encontrava-se na “primeira escada”, com dor controlada por fármacos não opióides – Paracetamol – e tendo como coadjuvante o corticóide Dexametasona. Este senhor é um exemplo de que nem todas as pessoas que têm cancro e que estão em Cuidados Paliativos tomam morfina.

A senhora A. encontrava-se no segundo patamar, com dor controlada por um opióide fraco – o Tramadol. Como não opióides tinha apenas o Paracetamol como SOS para a febre e o Diclofenac como 2º SOS para a febre. Como fármacos coadjuvantes tinha o antidepressivo Trazodona, tomava o Alprazolam para a ansiedade, a Beclometasona para a asma, o Clonazepam para as insónias, o Flavoxato pelas queixas urinárias, o Lactitol como laxante, o Sulfato Ferroso por anemia e o antidepressivo Trazodona. Como SOS tinha a indicação do Bisacodilo se não evacuasse, a Butilescopolamina se tivesse disuria, a Metoclopraminda se tivesse náuseas ou vômitos. Como SOS para se surgisse dor tinha prescrito mais Tramadol.

Já o senhor P. encontrava-se no patamar superior. Com dor controlada por opióides potentes – Morfina oral – e por não opióides – o AINE’S Diclofenac. Como

coadjuvantes tomava o corticóide Dexametasona, o anticonvulsivante Gabapentina, o antidepressivo Sertralina. Tinha ainda como medicação pautada Esomeprazol para o estômago, Estazolam para as insónias, a Furosemida como diurético, o Haloperidol como neuroleptico, Lactulose como laxante, Resina Permutadora de Cátions para corrigir as alterações electrolíticas e Tizanidina como relaxante muscular. Em SOS tinha prescrito o laxante Bisacodilo, Insulina, o Lorazepam para as insónias e a Metoclopramida como antiemético. Como SOS para a dor tinha Morfina subcutânea.

Ao longo do tempo as prescrições do senhor P. sofreram algumas modificações. Como a via oral estava a reduzir, por maior prostracção do doente, o médico rodou a maior parte da terapêutica de oral para subcutânea, com os devidos ajustes nas dosagens, nomeadamente a Dexametasona, a Furosemida, o Haloperidol e a Morfina. Nalguns fármacos existia a anotação de só administrar se a via oral estivesse disponível, como a Gabapentina, a Sertralina e a Tizanidina. Existiu aumento de algumas dosagens, como de Furosemida e de Sertralina. Foram acrescentados dois SOS para a farfalheira, Brometo ipratropio e Butilescopolamina como segundo SOS.

Pelo que pude notar durante o estágio a via oral era a privilegiada, mas também tive a oportunidade de observar a administração de medicação por via subcutânea e intravenosa. Não me apercebi da utilização das vias transdérmica, rectal ou sublingual, mas como isso não fazia parte das minhas tarefas na equipa não posso afirmar que não utilizavam. (Radbruch et al., 2010b; World Health Organization, 1990).

A via de administração era adequada às necessidades do doente no momento. Por exemplo, no caso do senhor P. numa fase terminal optou-se pela via subcutânea por este se encontrar mais prostrado e com menos disponibilidade da via oral.

Existiam observações face à toma de determinados fármacos, como “vigiar a cavidade oral”, “vigiar a tensão arterial” e “vigiar sinais de toxicidade opióide”.

Esta última nota deve-se não apenas aos efeitos adversos que os opióides podem ter, como náuseas e vómitos, sonolência, obstipação, depressão respiratória, mas à neurotoxicidade induzida pelos opióides, como sejam a presença de mioclonias, alucinações, delírio, alterações cognitivas, confusão, hiperalgesia (Ministério de Sanidad y Consumo, 2008; World Health Organization, 1990).

Para combater esses efeitos secundários dos opióides é utilizado o tratamento sintomático desses efeitos adversos, utilizada a rotação de opióides, a rotação da via de administração e a redução da dose do opióide, para que contribui o controlo sintomático com recursos não farmacológicos (Ministério de Sanidad y Consumo, 2008).

Por exemplo, no processo do senhor T. pude ler que durante o internamento “foi feita rotação de opióides de fentanilo para morfina per os e hipodermoclise por desidratação”. Aqui houve rotação do tipo de opióide de fentanilo para morfina e rotação da via de administração de transdérmica ou sublingual (não havia indicação

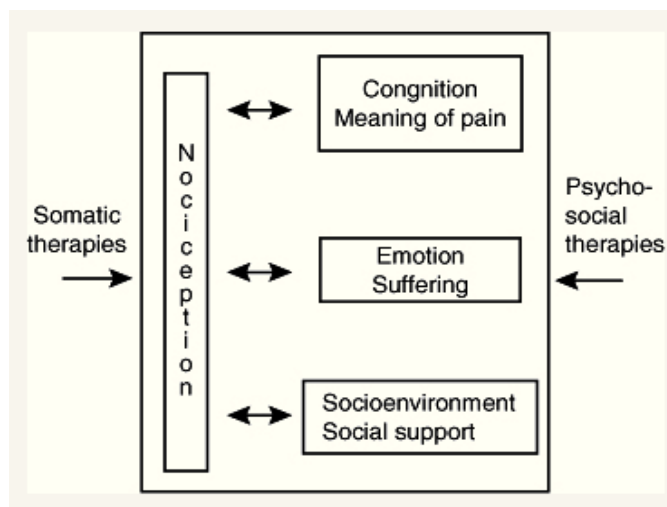
mas o fentanilo não está disponível para via oral e estas são as formas mais comuns de administração) para via oral. Podia-se ler ainda uma informação relativa a hidratação por via subcutânea.

Para além dos recursos farmacológicos existem também recursos não farmacológicos para o controlo da dor.

A dor deve ser vista como um conceito multidimensional e não simplesmente como uma experiência física, pois estão também envolvidos aspectos psicossociais, como a personalidade, os afectos ou as relações sociais. O conceito de Dor Total de Cicely Saunders sugere que a dor deve ser entendida como tendo componentes físicos, psicológicos, sociais, emocionais e espirituais (Doyle et al., 2004; Mehta & Chan, 2008).

Há que ter esta noção quando o que se pretende é o controlo da dor. A farmacologia é importante mas não é suficiente. É necessária uma abordagem multidisciplinar que se dirija às várias dimensões da dor (figura 2) simultaneamente (Doyle et al., 2004).

Figura 2 - A natureza multidimensional da dor em doenças terminais



Fonte: Doyle et al., 2004

Tal como eu ouvi o médico a dizer ao senhor P. “se não falar do que o preocupa dificilmente encontraremos maneira de ajudar, apenas fármacos é insuficiente”. Foi o próprio médico a demonstrar as preocupações da equipa “o controlo de dor é difícil por presença de ansiedade” e a referir que existia a “necessidade de ajudarmos a controlar a ansiedade”. O senhor P. assumiu e reconheceu que quando estava mais ansioso a dor era mais complicada de controlar. O profissional falou ainda sobre o

fundo de ansiedade e validou que tinha razões para estar ansioso. O doente acabou por dizer “tem sido muito difícil gerir as limitações físicas”.

A “escadaria” de que falei no controlo farmacológico deve ter um “corrimão” de apoio à família, de suporte emocional e de comunicação (Ministério de Sanidad y Consumo, 2008). Creio que esta imagem ilustra muito bem a multidimensionalidade com que deve ser abordada a dor para que se consiga o controlo da mesma. Existem várias outras formas de intervenção face à dor, nomeadamente, a radioterapia para a dor óssea, técnicas de relaxamento e várias formas de intervenção do âmbito da Fisioterapia como a estimulação nervosa eléctrica transcutânea (TENS) (Doyle et al., 2004; Ministério de Sanidad y Consumo, 2008).

A International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) (2006) identificou que no âmbito dos Cuidados Paliativos os sintomas mais comuns, para além da dor, eram a dispneia, a boca seca, os soluços, a anorexia/ caquexia, a obstipação, a diarreia, as náuseas, os vómitos, a fadiga, a ansiedade, a depressão, o delírio, a insónia, a agitação terminal e a sudorese. Na sequência dessa identificação esta mesma associação criou a lista dos fármacos essenciais em Cuidados Paliativos (anexo 9) onde constam os fármacos de referência para controlar esses sintomas mais comuns (IAHPC, 2006). Assim, em termos de intervenção farmacológica existem muitas formas de controlar outros sintomas, físicos e psicológicos, seja com morfina ou com outros medicamentos.

Nos exemplos que referi dos casos da senhora A. e do senhor P., estava prescrita medicação para vários destes sintomas, fosse medicação pautada porque estes estavam presentes, fosse como medicação em SOS para o caso de alguns desses sintomas se manifestarem.

Quanto à intervenção não farmacológica, vou apenas referir alguns exemplos de sintomas com que lidei durante o estágio na UCP.

Por exemplo para a dispneia, esse sintoma tão comum, há medidas, muito simples até, que podem ser tomadas e que diminuem a sensação de falta de ar. Manter o quarto fresco, com ar a circular através do uso de ventoinhas ou de uma janela aberta, que o doente esteja num quarto com espaço e sem muitas pessoas (Buckholz & Gunten, 2009; Ministério de Sanidad y Consumo, 2008). Até mesmo a alimentação pode ter influência sobre a dispneia. A ingestão de grandes refeições, pela necessidade de coordenar a mastigação com a respiração, poderá agravar a sensação de dispneia, pelo que a ingestão de várias pequenas refeições durante o dia deverá ser preferível nestes casos (Buckholz & Gunten, 2009). A posição em que o doente se encontra também pode ser favorecedora do controlo da dispneia. Estar sentado, ou deitado mas com a cabeceira elevada, é mais confortável do que estar completamente deitado na horizontal (Buckholz & Gunten, 2009). A Fisioterapia, através essencialmente da cinesiterapia respiratória, é outra forma de intervenção não farmacológica com bons resultados, podendo ter efeitos em outros sintomas respiratórios como a presença de secreções brônquicas (Frymark et al., 2009).

Na UCP a dimensão dos quartos, a enorme janela, a presença de ventilação, o posicionamento permitido pela articulação das camas e cadeirões nos quartos e a realização de Fisioterapia eram factores favorecedores do controlo da dispneia.

Para a anorexia e a disfagia, também tão comuns, eram tomadas medidas para melhorar o apetite e favorecer a deglutição. Na UCP eram os doentes que escolhiam o que queriam comer de um variado menu diário, não eram forçados a comer e ingeriam a quantidade e o que lhes apetecesse, para não aumentar a sua ansiedade face à alimentação. Quando existia disfagia era dado ao doente uma dieta mole com os sabores que mais gostava (pudim, café, morango, cerelac,...) e era utilizado o uso de espessantes na água e outros líquidos (Ministério de Sanidad y Consumo, 2008). O senhor M.G. e o senhor E. eram um exemplo de anorexia e disfagia, respectivamente. O senhor M.G. não tinha apetite e os familiares diziam-lhe “tens de comer bastante por causa dos comprimidos”. Foi-lhe explicado que era preferível que comesse o que lhe apetecia do que ficar mal disposto ou extremamente ansioso no momento das refeições e à família foi esclarecido o mesmo. O senhor E. ingeria dieta mole e água com espessante, dieta esta que tinha sido explicada aos familiares.

Quanto às úlceras, de pressão, malignas ou venosas, não assisti ao tratamento realizado a nenhuma. Contudo, pude verificar que várias medidas eram tomadas para a prevenção das úlceras de pressão. Nestas situações o essencial é prevenir, porque a presença de uma úlcera diminui muito o conforto e a qualidade de vida do doente e curar ou cuidar uma úlcera não é fácil. Na UCP utilizavam colchões anti-escaras nas camas e almofadas anti-escaras nos cadeirões. Era realizada alternância de decúbitos com frequência, sempre realizada por dois profissionais com a ajuda dos lençóis para diminuir a fricção. A pele era hidratada diariamente a seguir ao banho e havia o cuidado de procurar reduzir a presença de humidade com a substituição rápida de fralda e muda frequente de lençóis devido à sudorese (Alvarez et al., 2007; Ministério de Sanidad y Consumo, 2008; Rosario et al., 2002).

Em contextos de severa imobilidade nem sempre se consegue aliviar a pressão nas proeminências ósseas e em indivíduos fragilizados com deficiente nutrição por disfagia e anorexia a pele está muito frágil e as proeminências ósseas mais “proeminentes”, logo não é fácil prevenir as úlceras de pressão (Alvarez et al., 2007).

Em dois dos doentes em que intervi pude ler nos registos “apresenta xerostomia – prestados cuidados de higiene oral”. A boca seca pela falta de presença de saliva pode originar diversas lesões na mucosa oral com conseqüentes dificuldades na alimentação e na comunicação verbal e dor. Ora esta influência negativa sobre o bem-estar do doente tem de ser combatida essencialmente através de uma boa higiene oral e de hidratação. Aquando da presença de lesões na mucosa há que procurar aliviar a dor, facilitar a ingestão dos alimentos e minimizar as conseqüências psicossociais (Ministério de Sanidad y Consumo, 2008).

Os sintomas repercutem-se uns nos outros. Por exemplo, o sintoma dor é normalmente aumentado por emoções negativas como a ansiedade e o medo. Outros

sintomas, como as úlceras, podem originar problemas psicológicos e sociais, dado que muitas vezes o cheiro ou a deformação causada por estas pode levar a que o indivíduo tenha vergonha de si mesmo e até que procure afastar-se do contacto com as outras pessoas (Twycross, 2003).

Sintomas psicossociais como a ansiedade ou a depressão são controlados com recurso à comunicação, ao apoio psicológico, ao apoio à família, ao apoio espiritual e até a outras estratégias de convívio e distração, que proporcionam momentos agradáveis (Doyle et al., 2004; Ministério de Sanidad y Consumo, 2008).

Enquanto estive na UCP pude assistir a um concerto na unidade para os doentes, familiares e para a equipa. O Grupo Coral e o Banco de Sons do Banco de Portugal proporcionaram momentos de descontração, de distração e de alegria. Pude também presenciar a visita do guarda-redes Rui Patrício ao senhor P.. Um ferrenho adepto do Sporting que recebeu esta visita surpresa com muito ânimo, numa fase em que estava muito deprimido e fechado em si mesmo. Tirou fotografias, conversou com ele de forma animada e recebeu uma camisola oficial autografada. Naquela tarde os seus problemas ficaram em segundo plano e um sorriso genuíno marcava o seu semblante.

Os filhos do senhor E. ficaram emocionados e muito agradecidos quando o coro do Banco de Portugal cantou os parabéns ao seu pai que fazia anos no dia do concerto. Apesar de não se perceber se o pai compreendeu ou não, para a família foi um momento de alegria. Contaram-me que na sala de actividades lúdicas já tinham decorrido muitas festas de anos de utentes e de familiares, festas de agradecimento, renovação de votos e até casamentos. Certamente momentos muito importantes para os intervenientes e que os ajudaram no controlo dos seus sintomas psicossociais.

No final de vida a espiritualidade é muito importante para alguns doentes. Há que explorar se o doente tem necessidade da visita de alguém da sua religião, se há algum ritual religioso que seja relevante para essa pessoa (Cavalieri, 2001).

Numa fase agónica o controlo sintomático deve focar-se nos sintomas que retiram qualidade de vida ao doente, devendo ser excluídos todos os fármacos considerados naquele momento como desnecessários, por exemplo, antihipertensores, antidiabéticos, antibióticos, etc.. Nesta fase a sensação de que, quer o doente, quer a família, não vão ser abandonados é essencial. (Rosario et al., 2002)

O descontrolo sintomático, mesmo com todos os esforços adequados de tratamento, que não responde sequer a doses elevadas de opiáceos, é critério para a realização de sedação paliativa. Os principais factores que levam à necessidade de sedação são a dispneia grave, a agitação pré-terminal e as hemorragias graves (Rosario et al., 2002). Esta forma de intervenção, em que se procura aliviar o sofrimento que não era possível de controlar por outros meios, não é fácil e exige um consenso entre os profissionais, o doente e a sua família (Rosario et al., 2002).

A sedação paliativa exige uma boa prática clínica e cautela, pois se não for dada atenção aos seus potenciais riscos, esse comportamento poderá conduzir a uma prática que não é eticamente correcta e contraproducente com os princípios dos Cuidados Paliativos. Por estes motivos a EAPC preocupou-se em estabelecer recomendações relativamente à sedação que devem ser tidas em conta por quem a aplica (Cherny et al., 2009).

Durante o estágio pude ler nos registos “ao pedido claro do doente para ficar mais adormecido foi-lhe administrado como SOS Haloperidol e Clonazepam, com efeito”, “falámos sobre os pedidos do marido de estar mais a dormir – concorda com isso porque percebe que para ele é melhor” e “posteriormente como prova terapêutica para a prostração foi reduzido o Clonazepam”. Nesta situação não se tratava de uma sedação profunda, mas apenas de uma diminuição do estado de alerta do doente para que este conseguisse descansar. Ao reduzir a quantidade de fármaco o objectivo era perceber se a prostração era intrínseca à evolução do estado clínico ou se estava a ser provocada apenas pelos fármacos.

Numa das reuniões falou-se sobre sedação. A médica referia que a sedação na UCP era muito esporádica, que não era de toda uma prática geral. Falou-se de um doente em que tinha sido feita sedação paliativa pois tratava-se de um caso com diagnóstico muito recente, uma evolução galopante e o doente não estava a conseguir lidar com a situação. A agitação e o sofrimento eram imensos, e não reagiam positivamente a nenhuma intervenção – fármacos, comunicação, apoio espiritual. Foi o próprio doente que pediu que queria estar mais dormido.

Para terminar gostaria de salientar como a promoção e preservação da dignidade é fundamental. Muitas vezes o foco dos profissionais dirige-se somente para os sintomas físicos mais preocupantes, esquecendo o resto. A equipa tem de ver o doente como uma pessoa no seu todo. Em CP defende-se que o doente deve morrer com dignidade, melhor, deve viver com dignidade enquanto for vivo. Assim, há que perceber o que é dignidade para a pessoa concreta que temos à nossa frente e transmitir-lhe, nomeadamente, que não é por estar doente que deixa de ser a pessoa que é, que tem valor, que é estimado (Chochinov, 2002, 2006). Coisas que por vezes podem parecer muito simples para determinadas pessoas correspondem à perda de dignidade. Para o senhor P. passar a ter incontinência de esfíncteres era uma frustração pessoal e uma sensação de dependência a que associava perda de dignidade. Foi confrontado com a possibilidade desse facto ser irreversível e que ele o poderia encarar como uma frustração pessoal ou como um facto ultrapassável e sem conotação negativa ruminante, sendo que daí também dependeria a forma como iria viver os dias que lhe restavam. Com este senhor foram utilizadas estratégias promotoras de dignidade: reforçou-se que não representava um fardo para terceiros, facilitou-se a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida, incentivaram-no a pensar o que poderia tornar os seus dias diferentes e a pensar em algo que lhe tivesse sido significativo/positivo, e reforçou-se que era preciso ser muito corajoso para se deixar ajudar e cuidar.

No estágio aprendi a dar maior relevância a todos os sintomas e não apenas aos sintomas físicos como a dor ou a dispneia. Agora valorizo mais a relação de influência entre vários sintomas, como por exemplo a ansiedade e a dor, compreendendo que se não se actuar nos dois simultaneamente é impossível controlar qualquer um deles.

Aprendi muito sobre o controlo sintomático, especialmente na minha área, e como o trabalho em equipa, a comunicação e o apoio à família são fundamentais para que o mesmo se logre.

2.3. Fisioterapia em Cuidados Paliativos

Sendo a minha área de intervenção, impõe-se-me dar particular ênfase e explicitar o papel da Fisioterapia neste Hospital e mais concretamente na Unidade de Cuidados Paliativos.

O Departamento de Medicina Física e Reabilitação localiza-se no piso 0 do Hospital. Neste estão englobados a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional e a Terapia da Fala. Aqui trabalham três fisiatras, dezoito fisioterapeutas, duas terapeutas ocupacionais, três terapeutas da fala, quatro técnicos auxiliares de Fisioterapia, funcionários administrativos e vários auxiliares de acção médica.

O departamento de Fisioterapia é composto por um ginásio de reabilitação neurológica, um ginásio de reabilitação pediátrica, um ginásio para aulas de preparação pré-parto, recuperação pós-parto e correcção postural, outros dois ginásios de reabilitação geral, gabinetes de electroterapia, uma zona de hidroterapia com piscina terapêutica e hidromassagem e ainda zonas de serviços, como os arrumos de material ou a sala de trabalho onde estão os dois fisioterapeutas coordenadores, onde se localiza o quadro com informação relativa aos utentes de internamento, onde decorrem reuniões de serviço e onde os profissionais fazem os registos relativos aos utentes. Os espaços são amplos e encontram-se muito bem equipados, com recursos diversos e modernos.

No departamento de Fisioterapia existem diversos grupos de intervenção, de acordo com as áreas de especialização e actuação dos vários fisioterapeutas. Assim, existem os grupos de neurologia, cardio-respiratória, coluna, saúde da mulher, joelho e ombro.

Os fisioterapeutas prestam serviço tanto aos utentes que estão internados nos vários serviços do Hospital como aos utentes externos, havendo fisioterapeutas designados aos vários serviços.

No que respeita à Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, é a fisioterapeuta Z que aí presta serviços, realizando tratamentos, quer aos utentes da ala dos Cuidados Continuados, quer aos utentes da ala dos Cuidados Paliativos. A Fisioterapia é prestada diariamente, sete dias por semana, normalmente pela fisioterapeuta Z, excepto nas suas folgas ou quando o volume da necessidade de cuidados de Fisioterapia justifica a intervenção de outros colegas.

A fisioterapeuta Z foi a orientadora cooperante da minha área profissional orientando e supervisionando a prática clínica e assistencial que realizei na equipa da Unidade de Cuidados Paliativos.

Os tratamentos de Fisioterapia podem ser prestados no próprio quarto do utente ou nos ginásios do serviço de Fisioterapia, de acordo com a vontade do utente e com as suas necessidades. No caso dos doentes que estão em isolamento a Fisioterapia tem mesmo de ser realizada no quarto e, se for necessário utilizar algum equipamento, o mesmo tem de ser desinfectado. Enquanto estive na UCP discutia-se a ideia de criar um pequeno espaço de ginásio para os doentes que estavam em isolamento e toda a logística que tal iria implicar, pois o mesmo teria de ser desinfectado após cada utilização.

É prática comum que, se após a alta o doente necessitar de Fisioterapia ao domicílio, esta seja realizada com um fisioterapeuta do hospital. Seria humanamente impossível que fosse sempre a fisioterapeuta Z a realizar os mesmos, por isso ela designava colegas. Apesar de nunca ter acompanhado o doente, as vantagens deste hábito é que esse colega poderia comunicar com a fisioterapeuta Z ou com outros profissionais da UCP que tinham acompanhado o doente, se tivesse dúvidas, e mais facilmente esse doente poderia voltar à UCP, se fosse necessário.

A intervenção do fisioterapeuta no âmbito dos Cuidados Paliativos tem que atentar nas várias áreas chave, tendo sempre em conta que há que trabalhar em equipa, dar importância à comunicação (verbal, não verbal, nossa, do doente, entre profissionais, com a família), proporcionar apoio à família e procurar controlar não apenas os sintomas físicos, mas também os psicossociais (Lindqvist et al., 2012; Marcucci, 2005). A abordagem ao doente deve ter em conta que este tem de ser visto como um todo e não apenas focando a reabilitação física. Há que pensar nela, porém de uma forma indissociável de factores psicológicos, sociais e espirituais, que podem ser minimizadores dos problemas e facilitadores da reabilitação se o doente for alvo do suporte adequado (The Chartered Society of Physiotherapy, 2003).

Sem querer ser repetitiva, uma vez que a maioria dos exemplos já foram dados, e sem me referir ao papel da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos de uma forma geral, a que aludirei adiante, gostaria de expor outras situações que vivenciei ao longo do estágio e que julgo serem relevantes para demonstrar exactamente isto, o papel da Fisioterapia nesta concreta UCP.

Em termos de trabalho de equipa, pude constatar que a fisioterapeuta era vista como um membro integrante da equipa, com valor reconhecido e a quem os outros

profissionais recorriam quando precisavam de alguma informação ou opinião que dizia respeito à sua área específica de conhecimentos.

Por exemplo, no caso do senhor J., que após cirurgia cervical ficou com parésia do membro superior direito, a doutora discutiu com a fisioterapeuta se havia de dar uma bola de espuma ao senhor para estimular a mão. A fisioterapeuta deu-lhe *feedback*, demonstrando que era contra-indicado por risco de se instalar um padrão de flexão exagerada com mão em garra e que pelo contrário se deveria estimular a extensão dos dedos. A doutora falou com a enfermeira responsável no turno pelo doente, para que transmitisse isso mesmo à esposa do senhor se a fisioterapeuta já não estivesse no serviço quando ela chegasse.

Na UCP não se verificavam constrangimentos entre diferentes classes profissionais, pois todos trabalhavam em conjunto e sabiam reconhecer os limites e capacidades de cada um.

Neste hospital os profissionais trabalham em equipa – discutindo objectivos de intervenção, para que o trabalho de todos se possa articular para os atingir, alertando para as necessidades que vão detectando, partilhando conquistas dos doentes e pontos positivos. Um dia fui conhecer o serviço da terapia ocupacional e assistir à sessão de uma doente que eu também acompanhava, a senhora L.. Pude ver como o serviço estava especialmente desenhado e equipado para o treino de AVD's, com a presença de uma cozinha e de uma casa de banho adaptada e pude acompanhar a senhora L. na preparação de um bolo. O objectivo era que nesta actividade culinária, ao desempenhar tarefas como desenroscar um frasco, partir os ovos, barrar a forma ou agarrar a bacia, treinasse a motricidade da mão e se concentrasse. Noutra ocasião foi uma estagiária da terapia ocupacional que acompanhou a minha orientadora.

No início de uma sessão de Fisioterapia o senhor T. referiu que sentia dor nas omoplatas quando tossia, fazia força para evacuar ou estava sentado, pedindo que lhe dessem o medicamento que lhe tinham dado na véspera. Transmiti à enfermeira, que realizou o SOS de morfina com efeito, ficando o senhor T. sem dor durante o resto da sessão. Ao detectar que algo não estava bem com algum doente procurava transmitir a quem eu achava que tinha competências para poder ajudar. Se eu não conseguia controlar aquele sintoma procurei quem conseguisse proporcionar esse conforto. Trabalhando em conjunto para alcançar objectivos comuns, em prol da qualidade de vida do doente e da sua família. Comunicando, com o doente e entre profissionais, e trabalhando em equipa conseguiu-se o controlo sintomático.

Mas nem todas foram experiências positivas. Quando realizava Fisioterapia ao senhor P. entrou um médico estagiário. “Pode continuar”, disse ele, e começou a examinar o senhor P., falando com ele como se eu não estivesse ali e ele não me tivesse interrompido. Escusado será dizer que parei porque era demasiada estimulação para o senhor P.. A única justificação que eu encontro para este comportamento, completamente errado em termos de comunicação e de trabalho de equipa, é que este estagiário não teria formação em Cuidados Paliativos. Não

perguntou ao doente se podia entrar e se era o momento apropriado, não soube respeitar o trabalho de um colega e a forma como lidava e comunicava com o senhor P. não era a mais acertada. Médicos conceituados do serviço não agiam assim. Havia respeito pelo trabalho de cada um e sobretudo pelo doente.

Na UCP a maioria dos doentes realizava uma sessão diária de Fisioterapia, existindo pessoas que realizavam duas, e sempre com o mesmo fisioterapeuta. Assim o fisioterapeuta era um profissional que acabava por passar muito tempo com o doente. Esse tempo era aproveitado também em termos de comunicação. Para detectar sinais não verbais de alguma necessidade ou problema e para comunicar verbalmente, fosse escutando activamente fosse questionando para saber mais.

Os casos mencionados quando explorei a área chave da comunicação, são disto exemplo. Relembro o caso da senhora A., que aproveitava a sessão de Fisioterapia para se abrir connosco.

É importante que com a comunicação se demonstre que estamos disponíveis e presentes para ajudar. Por exemplo, um dia o senhor G. ficou muito incomodado porque teve vontade de ir ao WC durante a Fisioterapia. Acalmei-o, explicando-lhe que era perfeitamente normal porque a actividade física fazia o intestino funcionar melhor, e que era bom que isso acontecesse. Num dos dias em que o senhor G. estava mais cansado perguntei-lhe se queria fazer Fisioterapia no quarto ou no ginásio, ao que ele respondeu quarto. Clarifiquei que ele é que decidia de acordo como se sentisse, que para mim era indiferente realizar num lado ou no outro e que em ambos os locais era possível realizar a sessão, apenas mudando o tipo de exercicios. Não queria que julgasse que era incómodo ir ao ginásio, nem que ficasse com a ideia errada de que não ir ao ginásio era sinónimo de que não se investia.

Em Fisioterapia os doentes perguntam muita vez “acha que estou melhor?”, “acha que vou andar?”. Assim era com o senhor M.G., e o que eu fazia era devolver-lhe a questão “o que é que o senhor acha?”. Assim ficava a saber qual era a sua percepção face à questão colocada e era ele próprio que dava a resposta, sem eu ter de mentir e sem romper a esperança.

Embora o fisioterapeuta não seja o profissional que mais apoio dá à família ocasionalmente tem de o fazer e tem de saber o que é que a família precisa. Tem de estar informado sobre o que é que a família sabe e que apoio lhe tem sido dado, para não contrariar o trabalho da restante equipa. Normalmente a família recorre mais ao psicólogo, ao enfermeiro e ao médico, pois muitas vezes não chega a encontrar-se com o fisioterapeuta. O apoio à família enquanto estive na UCP passou essencialmente pela informação e pelo ensino.

Um dia a cuidadora da senhora F., sua amiga, falou comigo. Perguntou-me o que eu achava da condição da sua amiga e se achava que ia melhorar mais, dizendo-me que a queria levar para casa, mas para tal esta tinha de estar mais independente senão não conseguia cuidar dela. Respondi-lhe informando-a sobre os progressos da senhora F., alertando-a para o facto que face à patologia de base poderia não recuperar mais e

dando “tiros de aviso” quanto à progressão da doença e as inerentes consequências em termos de dependência.

Aproveitando que a cuidadora estava na UCP e que era quase hora de almoço, perguntei-lhes se queriam almoçar na sala de refeições para aproveitarem o sol e a paisagem. À tarde, quando voltei a passar na sala, as duas continuavam lá, a ver fotos e visivelmente contentes. Com um comportamento tão simples, as duas tiveram um dia agradável na companhia uma da outra.

Relativamente a esta senhora gostaria de referir ainda que ela tinha um gato de peluche muito realista. Este respirava e para ela era um gato real, a quem fazia festas. Perguntei-lhe como se chamava e ela disse-me, contando-me que era um gato muito sossegado. Aqui ninguém a contrariava, dizendo que se tratava de um peluche. O gato acalmava-a e a sua cuidadora, sabendo disso, trouxe-lho.

O apoio à família notava-se nos seus agradecimentos. Quer a esposa do senhor P. quer o filho mais novo do senhor G. agradeciam muito. Ao sentirem que cuidava dos seus familiares eles próprios sentiam-se melhor, mais apoiados.

Na UCP aprendi também a fazer a avaliação de uma forma mais subtil. Não me colocava junto do doente com folha e papel na mão. Tal como a fisioterapeuta Z fazia, passei a optar por uma conversa descontraída, em que ia percebendo, por exemplo, quais eram as necessidades do senhor G., perguntando-lhe onde vivia, a fim de saber se precisava de subir escadas ou não, quem lhe dava apoio, perguntando-lhe com quem vivia, e percebendo através da sua conversa quais eram as suas necessidades e preocupações.

Em termos de trabalho específico de Fisioterapia pude verificar que o fisioterapeuta pode intervir nas diferentes fases da prestação dos CP. Aparício, citando Mueller, refere que existem quatro fases, com características distintas conforme é demonstrado no seguinte quadro (Aparicio, 2008):

Tabela 2 - As “fases” da prestação dos Cuidados Paliativos

	DURAÇÃO	MOBILIDADE	INTENÇÃO DO TRATAMENTO PALIATIVO
REABILITATIVA	meses/anos	mantida	restaurar autonomia; controlo sintomático
PRÉ-TERMINAL	semanas/meses	limitada	qualidade de vida possível; controlo sintomático
TERMINAL	dias/semanas	maior parte do tempo acamado	máximo conforto
FINAL	horas/dias	essencialmente acamado	cuidados activos de conforto

Fonte: Aparicio, 2008

Nas diferentes fases a intervenção terá diferentes objectivos de acordo com as capacidades e necessidades do doente. Dos casos que pude seguir a maioria estaria numa fase pré-terminal. Nestes a intervenção da Fisioterapia tinha sobretudo como objectivo restaurar ou manter a autonomia, designadamente em termos de marcha, e/ou melhorar a condição respiratória. No caso do senhor P., em que pude acompanhar a fase terminal e a fase final, a intervenção focava-se essencialmente numa mobilização suave dos membros superiores e inferiores para aliviar as artralguas.

No controlo da dor a fisioterapeuta Z referia que na UCP eram utilizados sobretudo métodos farmacológicos pois estes tinham uma resposta mais rápida. Em termos de métodos de Fisioterapia ela mencionou que os que tinham melhores resultados na prática, e por isso eram mais utilizados, eram o TENS a nível lombar e cervical, a massagem e a mobilização. Contudo ela sublinhava também que não podíamos esquecer o conceito de dor total e portanto que o controlo da dor ia para além dos métodos físicos de intervenção e englobava também e designadamente a comunicação. Face à dor a Fisioterapia tinha ainda um papel preventivo, pois ao promover a mobilidade e autonomia do doente estava a prevenir situações dolorosas, como anquiloses ou úlceras de pressão por acamamento. Se não se conseguir evitar que estas situações surjam, fazer com que apareçam o mais tardiamente possível já é muito positivo (Kutner et al., 2008; Marcucci, 2005).

Quanto aos problemas respiratórios, como a dispneia e a acumulação de secreções brônquicas, pude intervir de variadas formas. Cinesiterapia respiratória, com facilitação da excreção das secreções, posicionamento e ensino de padrões respiratórios, que diminuem a sensação de falta de ar, e de exercícios para promover a expansão torácica, são apenas alguns exemplos. A fisioterapeuta Z salientou a importância da realização de cinesiterapia respiratória, uma vez que na UCP não faziam aspiração de secreções por a considerarem uma intervenção desproporcionada. Para além disso, frisou os benefícios da utilização de um andarilho quando o doente tem dispneia, mesmo que a pessoa seja autónoma na marcha, porque permite diminuir a sensação de falta de ar ao limitar a utilização dos músculos acessórios da respiração (Bausewein et al., 2008; Buckholz & Gunten, 2009; Marcucci, 2005).

Manter a mobilidade e a independência funcional possíveis era outro dos focos da Fisioterapia. Este é um aspecto muito importante não só para a qualidade de vida do doente, mas também do cuidador, uma vez que permite diminuir o “peso” do seu trabalho. Para prevenir o acamamento, para promover a marcha de uma forma autónoma ou com ajuda ou para manter a mobilidade no leito eram utilizadas a mobilização, o fortalecimento, a reeducação do equilíbrio, o treino de marcha e a realização de exercícios activos (Alvarez et al., 2007; Marcucci, 2005; Palma & Payne, 2001).

Por último, na UCP a intervenção da Fisioterapia tem de se adequar às capacidades e necessidades do utente naquele momento, pois de um dia para o outro podem verificar-se muitas modificações. Num dia o doente pode estar bem e no dia seguinte, por alguma intercorrência ou agravamento da patologia de base, estar mais fragilizado.

Ao contrário do que se passa em muitos outros serviços, na unidade não há horário rígido, nem a obrigação de realização da Fisioterapia. Se o doente por algum motivo não lhe apetecia fazer tratamento naquele momento, adiávamo-lo, continuando sempre a demonstrar disponibilidade. Se o doente estava agitado não intervínhamos e íamos noutra ocasião em que estivesse mais calmo. Procurávamos ainda saber junto da restante equipa como era o seu padrão de comportamento ou conhecer os efeitos da medicação.

De facto, na sua intervenção o fisioterapeuta tem de conhecer qual é a medicação que o doente faz e saber quais são os efeitos secundários que a mesma pode ter. Só assim poderá contar com a interferência desses efeitos, como as náuseas, o desequilíbrio, o cansaço, na realização da Fisioterapia e nos resultados que poderão ser alcançados. Se assim não proceder poderá erradamente julgar que houve um retrocesso na condição funcional ou que a sua intervenção não é a adequada, pois não obtém resultados. Por exemplo no caso do senhor G. verificaram-se progressivas melhorias, mas após a realização da quimioterapia houve um decréscimo nas mesmas. Nesse momento poderia ter pensado “o que estou a fazer mal?”. Contudo, como na UCP se trabalhava em equipa, eu tinha conhecimento dessa circunstância.

Enquanto estive na UCP pude perceber como a integração do fisioterapeuta na equipa pode constituir uma mais valia para o trabalho dessa equipa, mas sobretudo para a qualidade de vida do utente e da sua família. No trabalho de equipa, há funções comuns a todos, como a comunicação. No entanto a contribuição de cada profissional é única e imprescindível. O fisioterapeuta, enquanto membro da equipa, pode aportar métodos e recursos da sua profissão úteis em Cuidados Paliativos, designadamente:

- ao nível do movimento, posicionamentos, terapias mecânicas e agentes electrofísicos para o controlo da dor;
- a nível respiratório, com gestão da dispneia e remoção de secreções;
- com técnicas de reabilitação neurológica;
- através de drenagem linfática
- com ensino ao doente e ao cuidador
- através de exercício terapêutico para melhorar a flexibilidade, a força e a função
- e com técnicas de relaxamento para reduzir os níveis de ansiedade (Marcucci, 2005; The Chartered Society of Physiotherapy, 2003).

Tal como assinala a *Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care* a Fisioterapia tem um papel importante a desempenhar desde o diagnóstico até à fase final da doença, tendo como objectivo “*minimizar alguns dos*

efeitos que a doença ou o seu tratamento têm sobre o doente (...) melhorar a sua qualidade de vida independentemente do seu prognóstico, ajudando-o a atingir o seu potencial máximo de capacidade funcional e independência ou possibilitando que tenha ganhos no alívio de sintomas angustiantes” (The Chartered Society of Physiotherapy, 2003).

Parte II

3. Idosos com dor crónica: intervenções da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como uma “*experiência sensorial e emocional desagradável*” (Bruera et al., 2006). Esta sensação subjetiva é denominada dor crónica quando persiste ao longo do tempo, habitualmente por mais de três meses ou para além da duração requerida para completar o processo de cura de uma lesão tecidual (Doyle et al., 2004; Pham et al., 2009).

O problema da dor crónica é que, ao contrário da dor aguda, não serve um propósito biológico útil (Doyle et al., 2004). E, ao ser uma sensação que se prolonga no tempo, tem consequências nefastas para a pessoa que a sente. Consequências como mudança do estilo de vida, depressão, ansiedade, perturbação do sono e do apetite, perda de vontade de interagir com os outros, redução da atividade física, entre outras (Bérout et al., 2010; Bruera et al., 2006; Doyle et al., 2004; Twycross, 2003). Como tal a dor crónica tem um impacto negativo na qualidade de vida de quem a sente (Kumar, 2011; Pham et al., 2009).

A dor crónica é um sintoma muito comum, especialmente na população idosa (Bruera et al., 2006). Estima-se que a dor crónica atinja 50% das pessoas idosas que vivem no domicílio e de 49% a 83% das que residem em instituições (Bérout et al., 2010). À medida que os indivíduos envelhecem a prevalência da dor aumenta chegando a atingir percentagens na ordem dos 80% nos indivíduos no final da sua vida (Bérout et al., 2010; Bruera et al., 2006). Frequentemente a dor é considerada como inerente ao processo de envelhecimento. Daí que muitos idosos considerem a dor como uma sequela natural – “que quando se é velho tem de se sofrer” – e não transmitam essa informação clínica (Bérout et al., 2010; Bruera et al., 2006; Hall et al., 2011). A dor não pode ser encarada como uma fatalidade do envelhecimento. Se nada se fizer para promover o controlo dessa mesma dor o estado de saúde do idoso irá degradar-se mais rapidamente, nomeadamente, com perda mais precoce da autonomia e agravamento dos handicaps já existentes (Bérout et al., 2010).

Tais factos são ainda mais preocupantes, visto que cada vez mais pessoas vivem mais anos, tornando o problema da dor crónica ainda mais prevalente na sociedade moderna. As melhorias nas condições de saneamento e nutrição e os avanços na medicina proporcionaram um aumento muito significativo da esperança de vida. Hoje é possível que uma pessoa com um enfarte agudo do miocárdio não morra, tratar um cancro numa fase precoce e combater doenças por bactérias e parasitas. Isto significa que as pessoas sobrevivem e por isso poderão desenvolver patologias crónicas, como insuficiência cardíaca, demência, artrite, doenças respiratórias ou doença de

Parkinson. Assim, percebe-se que na atualidade a maioria das mortes ocorra em pessoas idosas com múltiplas doenças crónicas progressivas (Bruera et al., 2006; Doyle et al., 2004; Hall et al., 2011).

Estes dados alertam para a necessidade de implementar um processo, não de compaixão humana, mas científico, de avaliação e tratamento da etiologia ou unicamente da sintomatologia, farmacológico ou não-farmacológico (Bérout et al., 2010). É esse um dos objetivos dos Cuidados Paliativos enquanto *“abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e avaliação e tratamento rigorosos da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais”* (Hall et al., 2011), nomeadamente para procurar dar resposta às necessidades de avaliação e controlo da dor nas pessoas idosas (Doyle et al., 2004; Hall et al., 2011).

Como supra se referiu, os doentes idosos, especialmente os mais velhos, sofrem frequentemente de múltiplos problemas complexos e crónicos. Os Cuidados Paliativos podem dar resposta às necessidades das pessoas idosas decorrentes desses problemas, nomeadamente à dor (Doyle et al., 2004). Sendo a avaliação e o controlo dos sintomas um dos principais objetivos dos Cuidados Paliativos (Hall et al., 2011), o alívio da dor crónica nos idosos enquadra-se assim no âmbito dos Cuidados Paliativos.

A necessidade de Cuidados Paliativos não é determinada pelo diagnóstico, mas sim pela precisão do doente (Direcção Geral da Saúde, 2004). Tradicionalmente os Cuidados Paliativos eram vistos como cuidados direcionados principalmente para pessoas com problemas oncológicos, pois a previsibilidade do curso da doença fazia com que fossem mais comuns neste âmbito. Isto conduziu à percepção errada de que estes cuidados só eram relevantes nas últimas semanas de vida (Davies & Higginson, 2004; Direcção Geral da Saúde, 2004; Hall et al., 2011).

Os Cuidados Paliativos devem ser proporcionados à medida que vão sendo necessários e não de acordo com prognósticos. A pessoa idosa com uma ou várias patologias crónicas e a sua família experienciam muitos problemas ao longo dos anos, necessitando de cuidados durante todo esse tempo e não apenas no período imediatamente anterior à morte. Existe portanto a necessidade de proporcionar Cuidados Paliativos às pessoas com doença crónica ou múltiplos problemas crónicos ao longo de vários anos, tendo em atenção que nestes casos o momento da morte é imprevisível (Davies & Higginson, 2004).

Os Cuidados Paliativos devem ser proporcionados simultaneamente a tratamentos potencialmente curativos, de acordo com as necessidades presentes, pois em diferentes fases de uma doença crónica os doentes poderão necessitar de medidas preventivas, reabilitativas ou paliativas, em proporções variáveis de acordo com as necessidades específicas do indivíduo (Davies & Higginson, 2004; Doyle et al., 2004).

Sendo comum a presença de múltiplos problemas crónicos nos idosos, como o cancro, a insuficiência avançada de órgão ou doenças neurológicas degenerativas, a necessidade de Cuidados Paliativos é patente, urgindo controlar sintomas, nomeadamente a dor, preservar a funcionalidade do indivíduo e manter a sua qualidade de vida, independentemente da patologia ou patologias presentes (Davies & Higginson, 2004; Direcção Geral da Saúde, 2004; Doyle et al., 2004; Hall et al., 2011).

Um dos pilares dos Cuidados Paliativos é o trabalho de equipa. Uma equipa multidisciplinar, dela fazendo parte o médico, o enfermeiro, o assistente social, o fisioterapeuta, o psicólogo, o padre e todos aqueles que possam aportar os seus conhecimentos específicos em prol de um objetivo comum, designadamente o alívio sintomático do doente, e consequentemente da sua qualidade de vida (Doyle et al., 2004; Frymark et al., 2009; González-Escalada et al., 2011; Kumar & Jim, 2010; Twycross, 2003).

Nesta equipa integra-se, como ficou dito, o fisioterapeuta, atuando sobretudo no controlo de sintomas. Enquadrando-se nas intervenções não-farmacológicas, a Fisioterapia, que dispõe de uma variedade de métodos terapêuticos para alívio da dor, constitui um complemento a um tratamento farmacológico, com benefícios no alívio sintomático e na redução das doses dos fármacos, de possíveis efeitos secundários e de interações medicamentosas dos fármacos (Bérout et al., 2010; Bruera et al., 2006; Doyle et al., 2004; Frymark et al., 2009; Hall et al., 2011; Kumar, 2011).

Para intervir em Cuidados Paliativos o fisioterapeuta, tal como os outros profissionais, tem de ter por base determinados princípios, conhecimentos, atitudes e capacidades. Por exemplo, o profissional tem de ter a noção que a tomada de decisão é centrada no paciente, tem de valorizar o papel das famílias, tem de reconhecer as suas limitações, tem de comunicar de uma forma eficaz e empática, tem de saber trabalhar em equipa, tem de ter como meta fundamental o conforto e a qualidade de vida do doente, focando-se nas suas necessidades e desejos, e tem de ter capacidades para controlar os sintomas, particularmente a dor (Blain, 2010; Bruera et al., 2006; Frymark et al., 2009; Kumar et al., 2011; The British Pain Society, 2010).

Possuindo a Fisioterapia uma variedade de métodos terapêuticos, no âmbito dos Cuidados Paliativos são esses mesmos métodos que o fisioterapeuta utiliza (Kumar, 2011). A diferença reside nos objetivos subjacentes, que poderão não ser a cura mas, mormente no que se refere a idosos com dor crónica, a maximização do potencial funcional do indivíduo e o alívio sintomático – com consequente melhoria ou manutenção da qualidade de vida e promoção do conforto – tendo necessariamente presentes os objetivos do paciente, mesmo que estes sejam irrealistas (Bruera et al., 2006; Doyle et al., 2004; Frymark et al., 2009; The British Pain Society, 2010).

Para controlar a dor crónica o fisioterapeuta pode socorrer-se de vários métodos e técnicas.

A massagem é muito utilizada, produzindo-se o efeito analgésico como resposta à estimulação manual da pele (Bérout et al., 2010; Bruera et al., 2006; Deng et al., 2004; Doyle et al., 2004; Frymark et al., 2009; Kumar & Saha, 2011; The British Pain Society, 2010; Twycross, 2003).

A ação do calor e/ou do frio – termoterapia – através de variadas formas (banho quente, compressas quentes húmidas, parafina, massagem com gelo, spray frio, etc.) é também um meio eficaz de produzir analgesia (Bruera et al., 2006; Doyle et al., 2004; Frymark et al., 2009; Kumar & Jim, 2010; The British Pain Society, 2010; Twycross, 2003).

A eletroterapia, nomeadamente, a iontoforese, o ultra-som e o TENS, entre outras formas de corrente, possibilitam o alívio da dor crónica, sendo o TENS a forma de eletroterapia mais utilizada (Bérout et al., 2010; Bruera et al., 2006; Doyle et al., 2004; Frymark et al., 2009; Kumar & Jim, 2010; Kumar & Saha, 2011; The British Pain Society, 2010; Twycross, 2003).

O exercício, seja ele a mobilização passiva, seja a prática de atividade física ativa, proporciona alívio de dor e previne que situações dolorosas se desenvolvam devido à imobilidade (Bérout et al., 2010; Doyle et al., 2004; Frymark et al., 2009; Kumar & Jim, 2010; The British Pain Society, 2010).

A drenagem linfática manual ameniza a dor pela redução do edema linfático (Deng et al., 2004; Frymark et al., 2009).

A postura e o movimento são também pontos fulcrais no que ao alívio da dor diz respeito. Podem ser ensinadas posições de conforto e padrões de movimento menos dolorosos, ser utilizadas ortóteses para imobilizar zonas dolorosas e para orientar o movimento, corrigir-se posturas no leito e encontrar-se estratégias de alívio de pressão (Bérout et al., 2010; Bruera et al., 2006; Frymark et al., 2009; González-Escalada et al., 2011).

Independentemente da intervenção, o terapeuta nunca se pode esquecer que o mais importante é o conforto do paciente durante a sua realização. Esse é o principal objectivo dos Cuidados Paliativos (Bruera et al., 2006; Doyle et al., 2004; The British Pain Society, 2010).

As intervenções citadas carecem de maior pesquisa para que a sua eficácia seja provada com base em estudos rigorosos (Doyle et al., 2004; Frymark et al., 2009). O ideal seria realizar uma prática baseada na evidência. Contudo, para que tal aconteça, é necessária mais pesquisa nesta área (The British Pain Society, 2010).

A intervenção da Fisioterapia nos idosos com dor crónica no âmbito dos Cuidados Paliativos deve assentar nessa evidência científica, na prática clínica e nas especificidades do indivíduo (Frymark et al., 2009).

Justifica-se assim a escolha desta área temática pelas consequências que a dor crónica acarreta para a qualidade de vida dos que a sofrem, pela elevada prevalência da dor crónica, especificamente na população idosa, pela subjacente necessidade de

intervir no controlo dessa dor, pela ambição de conhecer mais sobre a intervenção da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos, pela escassez e pouco rigor dos estudos disponíveis e necessidade de verificar na prática quais as intervenções da Fisioterapia em idosos com dor crónica no âmbito dos Cuidados Paliativos utilizadas face à experiência de uma equipa de Cuidados Paliativos.

3.1. Revisão da Literatura

Foi realizada uma revisão da literatura com o objetivo de identificar as técnicas da Fisioterapia utilizadas em idosos com dor crónica no âmbito dos Cuidados Paliativos. A seguir descrevem-se a metodologia utilizada, os resultados alcançados e a discussão e conclusões retiradas face aos mesmos.

Metodologia

A questão orientadora da revisão foi: “Quais as intervenções do fisioterapeuta no idoso com dor crónica no âmbito dos Cuidados Paliativos?”. Partindo dessa questão foi delineada uma estratégia de pesquisa para identificação dos estudos que a ela conseguiram dar resposta. Assim, em Agosto e Setembro de 2012 efectuou-se a pesquisa desses estudos empíricos nas bases de dados B-On e Pubmed. Esta procura restringiu-se aos artigos publicados entre 2009 e 2012 e escritos em Português, Inglês, Francês e Espanhol. A busca foi feita com recurso aos descritores de pesquisa indicados na tabela 3. Recorreu-se ainda ao motor de busca Google para encontrar artigos cujo texto integral não estava disponível nas bases de dados.

Tabela 3 – Descritores de pesquisa

PORTUGUÊS	INGLÊS	FRANCÊS	ESPAÑHOL
Idoso	Old* Eld*	Personnes âgées Âgé Aîné	Anciano Mayor
Dor crónica	Chronic pain	Douleur chronique	Dolor crónico
Fisioterapia Não-farmacológica Reabilitação	Physical therapy Physiotherapy Non-pharmacological Rehabilitation	Physiothérapie Thérapie physique Non pharmacologique Réhabilitation	Fisioterapia No farmacológico Rehabilitación

Cuidados Paliativos Cuidados em fim de vida Cuidados Terminais	Palliative care End-of-life care Terminal care	Soins palliatifs Soins en phase terminale	Cuidados Paliativos Atención al final de la vida
--	--	--	---

Desta primeira pesquisa resultaram 574 artigos. Após remoção de artigos em duplicado e leitura do *abstract* dos mesmos, para fazer uma seleção face aos critérios de inclusão e exclusão (tabela 4), esse número ficou reduzido a 50 artigos.

Tabela 4 – Critérios de inclusão e de exclusão

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
<p>Ser um estudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • empírico e de natureza qualitativa, quantitativa ou misto; • publicado em língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola; • que tenha sido publicado entre 2009 e 2012, o que corresponde às intervenções mais recentes, mas não se cingindo a um ano, pois tal limitaria muito o número de artigos da pesquisa; • que, mesmo não fazendo referência direta a Cuidados Paliativos se enquadre no seu âmbito, ao recair sobre a dor crónica decorrente de “<i>uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado</i>” (Hall [et al.], 2011), uma vez que os estudos que abarcam simultaneamente a Fisioterapia e os Cuidados Paliativos são escassos.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<p>Ser um estudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que não se foque no controlo da dor crónica e que incida apenas sobre o controlo da dor aguda; • em que os participantes não sejam idosos; • que incida sobre a acupuntura ou a quiroprática, pois o objeto deste estudo diz respeito à intervenção da Fisioterapia e as referidas técnicas não são específicas, nem exclusivas, da Fisioterapia, apesar de serem utilizadas por alguns fisioterapeutas.

Após leitura integral dos mesmos e seleção face aos referidos critérios restaram 7 artigos. A pesquisa foi complementada com a leitura de alguns periódicos em papel, designadamente, “Medicina Paliativa”, “Fisioterapia & Pesquisa”, “DOR” e “Patient Care”, da qual não resultou nenhum artigo relevante.

Procedeu-se também à consulta da bibliografia dos artigos selecionados. Todavia nenhum dos artigos constantes dessas bibliografias foi incluído na pesquisa.

Para analisar e sintetizar as informações contidas nos artigos incluídos na revisão, e por forma a construir uma tabela de extração de dados, foram tidos em conta a identificação dos autores, a referência e o ano de publicação, o país de origem de cada artigo e os parâmetros expressos na tabela 5 (PICOD).

Tabela 5 – PICOD

P	Participantes	Idosos com dor crónica
I	Intervenções	Técnicas de Fisioterapia
C	Comparações	Poderão existir comparações entre a intervenção da Fisioterapia e a ausência de tratamento, entre a intervenção da Fisioterapia e o tratamento farmacológico e ainda comparações entre diferentes técnicas de Fisioterapia
O	Resultados (Outcomes)	Controlo da dor
D	Desenho do Estudo	Estudos empíricos de natureza qualitativa, quantitativa ou mistos

Resultados

Analisaram-se 7 artigos: 1 estudo prospetivo, aleatorizado e controlado, 1 estudo empírico de natureza mista, 1 estudo retrospectivo e 4 revisões sistemáticas da literatura (apêndice 2). A distribuição destes estudos empíricos por ano de publicação e por país de origem do estudo encontra-se exposta nos gráficos seguintes (figuras 3 e 4).

Figura 3 - Distribuição por ano de publicação

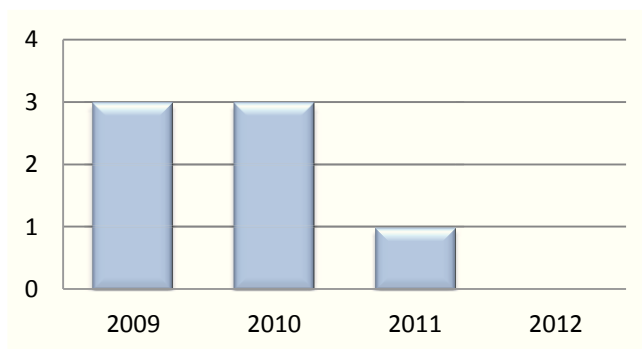
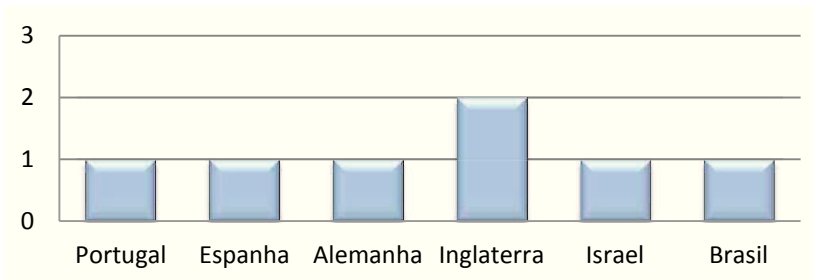


Figura 4 - Distribuição por país de origem do estudo



Apesar do reduzido número de estudos incluídos nesta revisão, verifica-se que a maioria foi publicada nos anos de 2009 e 2010 e que no ano de 2012, até ao momento da pesquisa, nenhum artigo cumpria os critérios para inclusão no estudo. Quanto ao país de origem dos mesmos, denota-se que não há um país que se destaque particularmente.

Os participantes nos vários estudos da revisão enquadram-se no âmbito dos Cuidados Paliativos – pessoas com cancro da próstata ou com outros tipos de cancro, pessoas com qualquer outra doença terminal como esclerose lateral amiotrófica, pessoas com fibromialgia ou com artrite reumatóide ou pessoas idosas, no fim de vida, com presença de dor crónica. Apenas alguns dos participantes recebiam apoio de equipas de Cuidados Paliativos.

Após esta revisão obtiveram-se como principais respostas à questão inicial – “Quais as intervenções do fisioterapeuta no idoso com dor crónica no âmbito dos Cuidados Paliativos?” – a massagem, o TENS, o exercício e a drenagem linfática manual.

Massagem

A massagem surge como a intervenção mais citada nos estudos desta revisão.

Marques e Barbosa (2010) concluíram que o efeito de uma massagem suave e relaxante ao tronco e membros, com a duração aproximada de 25 minutos, como tratamento complementar da fisioterapia respiratória e motora, produz uma redução significativa do nível da intensidade da dor em idosos com doenças terminais.

A revisão efectuada por Ernst (2009) sobre doentes com cancro demonstrou que o uso de massagem recorrendo a *effleurage*, *friction*, *percussion* e *petrissage* no âmbito dos Cuidados Paliativos produz analgesia, apesar dos efeitos produzidos serem mais reduzidos do que seria expectável. Mesmo assim o autor sugere que a massagem pode ser um complemento efetivo para a palição no cancro, porque por mais moderados que sejam os efeitos estes podem ser valiosos para pacientes cujo sofrimento é muito severo e porque a massagem apresenta uma quase total ausência de efeitos adversos associados à sua utilização.

Também em casos de fibromialgia a massagem pode ser benéfica, tal como os estudos revistos por Kalichman (2010) indicaram. Benefícios a curto e até a longo-prazo, sendo que tais estudos recomendam que a aplicação da massagem seja indolor, com um aumento gradual da intensidade de sessão para sessão e efectuada 1 a 2 vezes por semana.

Dalacorte et al. (2011) acrescentaram ainda que o toque é provavelmente o método mais antigo para aliviar a dor e desconforto. Com massagem é possível produzir analgesia, especialmente em idosos em fim de vida, para além da redução dos espasmos musculares, promoção do relaxamento e manutenção das amplitudes articulares.

Quase todos os autores salientam que é necessário efetuar mais pesquisa rigorosa nesta área, para se poder afirmar assertivamente que a massagem é eficaz e segura e para estabelecer que tipo, intensidade e frequência de execução da mesma são mais apropriados (Dalacorte et al., 2011; Ernst, 2009; Kalichman, 2010). Pese embora não existam certezas absolutas, tal não significa que a massagem não tenha potencialidades analgésicas, tão só é sinónimo de que não há evidência por pesquisa (Dalacorte et al., 2011).

TENS

A estimulação nervosa elétrica transcutânea é uma forma de intervenção várias vezes referida em artigos relacionados com o alívio de dor. Contudo, nesta revisão apenas foram recolhidos dois artigos que cumprissem os critérios de inclusão e que focavam o TENS.

A eficácia do TENS na dor por cancro foi estudada numa revisão sistemática e desta obtiveram-se resultados inconclusivos, pois os estudos focados não conseguiram demonstrar a eficácia do TENS quando comparados com placebo. Estes não disponibilizaram evidência suficiente para permitir tomar decisões acerca do uso do TENS em pacientes com dor por cancro ou por tratamentos relacionados com o cancro. Estes evidenciaram que é necessária mais investigação e que a mesma seja feita com recurso a amostras com um maior número de indivíduos em estudo (Robb et al., 2009).

Noutra revisão sistemática é sublinhado que o TENS é a única modalidade elétrica recomendada para uso na presença de doenças neoplásicas ativas (Dalacorte et al., 2011), ressaltando assim esta vantagem face a outras intervenções com esta contra-indicação.

Exercício

O exercício físico é outra das formas de intervenção abordadas face à dor crónica do idoso.

Nomeadamente num estudo em homens com cancro da próstata que identificavam a dor como o sintoma mais relevante e com maior impacto sobre a sua vida quotidiana. Após realizarem um programa de exercício físico de força-resistência muscular adaptado aos sintomas da doença e tratamento do cancro durante 24 semanas os homens verificaram que sentiam uma melhoria significativa dos sintomas de incontinência e de dor e que, conseqüentemente, a sua qualidade de vida tinha melhorado (Serdà et al., 2009).

O exercício consistia em 2 sessões semanais de 1 ou 2 séries de 8 a 12 repetições de nove exercícios de quadríceps, peitoral, isquiotibiais, deltoides, abdominais hipopressivos, bíceps, tríceps e dois dorsais e de um trabalho de consciência e controlo da musculatura do solo pélvico. A intensidade do trabalho era entre um 50% e um 70% do 1 RM e era obrigatório não ultrapassar o limiar dos 70% do 1RM para não favorecer a secreção de testosterona. A progressão ascendente ocorria com o incremento consecutivo de repetições, séries e peso, sendo que o incremento de peso semanal não ultrapassava os 10% do 1 RM (Serdà et al., 2009).

Outros autores acrescentam que o exercício é benéfico em idosos com dor crónica, pois a realização de atividade física regular permite reduzir a dor e melhorar a capacidade física desses mesmos idosos (Dalacorte et al., 2011).

Drenagem linfática manual

A drenagem linfática manual é igualmente referida como uma intervenção possível em casos de dor. No entanto, apenas o foi por um estudo desta revisão.

Numa unidade de Cuidados Paliativos, ao ser analisado o efeito que produzia a drenagem linfática manual em pessoas com cancro avançado ou com esclerose lateral amiotrófica, foi verificado que 94% dos doentes manifestaram melhorias clínicas relevantes em termos de intensidade da dor (Clemens et al., 2010).

Porém, nos casos em que existia uma componente de dor neuropática, verificou-se um incremento de dor durante a terapia manual, tendo a mesma de ser suspensa durante ou após o primeiro tratamento (Clemens et al., 2010).

Outros

Nos artigos revistos são ainda citadas outras formas de intervenção, quer por comparação com as já referidas, quer como técnicas independentes.

Fisioterapia respiratória e Fisioterapia motora

Num dos estudos compararam-se os resultados com ou sem a execução de massagem, após a aplicação da denominada “Fisioterapia convencional” (Fisioterapia respiratória e Fisioterapia motora). Todos os participantes eram submetidos, de acordo com os seus problemas de saúde específicos, a “Fisioterapia respiratória”, com

técnicas facilitadoras de desobstrução brônquica e de re-expansão do tecido pulmonar, e a “Fisioterapia motora”, com movimentos articulares nas ancas, joelhos, tornozelos e pés e nos ombros, cotovelos, punhos e mãos, por cerca de 25 minutos. Os resultados demonstraram que mesmo sem a realização de massagem houve efeito analgésico, embora menor, devido à realização de “Fisioterapia respiratória” e de “Fisioterapia motora” em idosos com doença terminal (Marques & Barbosa, 2010).

Frio e Calor

Numa revisão era mencionado que, desde que a sensibilidade cutânea esteja normal e o tecido intacto, a aplicação local de calor e frio pode ser usada para reduzir espasmos e sobre pontos gatilho para conseguir efeitos analgésicos (Dalacorte et al., 2011).

Ultrassom, Interferencial e Diatermia por ondas curtas pulsadas

Na mesma revisão sistemática era ainda feita uma referência às propriedades terapêuticas para alívio da dor e dos espasmos musculares do Ultrassom, do Interferencial e da Diatermia por ondas curtas pulsadas, mas também às suas limitações, como a utilização apenas sobre tecido normal e em pacientes sem cancro (Dalacorte et al., 2011).

Discussão e Conclusões

No que concerne à fase de pesquisa e seleção dos estudos pertinentes verificou-se que a grande maioria dos estudos selecionados à partida viriam posteriormente a ser eliminados porque não recaíam sobre a população idosa, eram apenas artigos descritivos teóricos e não estudos empíricos, ou não se enquadravam no âmbito dos Cuidados Paliativos. Muitos outros estudos faziam referência à Fisioterapia neste âmbito, contudo mencionavam apenas que a mesma era benéfica, não especificando ou aprofundando formas de intervenção.

Da pesquisa, atentos os critérios de inclusão e exclusão, e não obstante abranger os três últimos anos, apenas resultaram sete estudos. São várias as possíveis justificações para um tão reduzido número de estudos no horizonte temporal de pesquisa definido. Que a intervenção da Fisioterapia na dor crônica no âmbito dos Cuidados Paliativo se cinja ainda a um número reduzido de unidades, ou que, com maior probabilidade, há falta de investigação nesta área, pelo menos publicada, no período de tempo em que esta revisão se focou.

Relativamente ao ano de publicação e país de origem dos estudos selecionados, não se denotou nenhuma tendência assinalável – em parte devido ao reduzido número de estudos analisados – não podendo por isso ser feitas extrapolações, quanto aqueles, acerca das formas de intervenção.

No que toca à pergunta orientadora desta revisão – “Quais as intervenções do fisioterapeuta no idoso com dor crónica no âmbito dos Cuidados Paliativos?” – são várias as respostas. A massagem, a forma de intervenção predominante, efectuada de uma forma suave, atento o poder analgésico do toque, produziu efeitos moderados, mas benéficos. Com a aplicação do TENS obtiveram-se resultados ao nível do alívio da dor – com a vantagem de esta ser uma forma de eletroterapia que pode ser usada em pacientes com cancro – todavia inconclusivos, dado que a sua eficácia não foi demonstrada quando comparado com o efeito placebo. O exercício físico alcançou resultados significativos em homens com cancro da próstata. A drenagem linfática manual permitiu melhorias clínicas relevantes em pessoas com cancro avançado e com esclerose lateral amiotrófica, com a exceção dos casos em que existia dor neuropática, em que o efeito era o oposto, um aumento da dor sentida. Outras formas de intervenção, como a Fisioterapia respiratória e a Fisioterapia motora, o frio e o calor e o Ultrassom, o Interferencial e a Diatermia por ondas curtas pulsadas têm propriedades terapêuticas para o alívio da dor.

Porém as limitações deste estudo não permitem afirmar rigorosamente que estas intervenções do fisioterapeuta no idoso com dor crónica no âmbito dos Cuidados Paliativos produzem alívio de dor com comprovada eficácia. Essas limitações prendem-se com o reduzido número de artigos incluídos na revisão da literatura e com as limitações desses mesmos artigos. Sendo apenas sete artigos e variadas as intervenções por eles focadas, não puderam apoiar ou contradizer as conclusões uns dos outros, e assim extrair evidência. Por outro lado, quase todos os autores afirmam que é necessário efetuar mais pesquisa e mais rigorosa para se poder garantir que determinada intervenção é eficaz e segura, já que nalguns estudos as amostras eram pequenas ou os resultados não eram claros.

Não obstante estas limitações demonstrarem que não há evidência por pesquisa, tal não é sinónimo de que as intervenções referidas, com efeito analgésico notório, e outras, não tenham potencialidades enquanto ferramentas face à dor crónica de idosos no âmbito dos Cuidados Paliativos. Significa apenas que, para existirem certezas quanto à sua eficácia, há que realizar mais estudos.

Proporcionando as intervenções aludidas alívio da dor, mesmo que não comprovado por evidência de excelente qualidade, estas constituem assim um bom recurso para alcançar melhorias significativas ao nível da dor e conseqüentemente melhorias da qualidade de vida. E esse é afinal o grande objectivo dos Cuidados Paliativos – uma boa qualidade de vida enquanto há vida.

Poster

Para expor os resultados desta revisão da literatura e com o principal objectivo de alertar para a necessidade de se realizar mais investigação na área da Fisioterapia Paliativa, elaborou-se um poster intitulado “Idosos com dor crónica: Intervenções da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos” (apêndice 3).

Este foi apresentado na 3ª Jornada de Fisioterapia em Cuidados Continuados “Criar Redes, Partilhar Caminhos”, conforme demonstra certificado de participação comprovativo da exposição do mesmo (anexo 10). O poster teve boa receptividade por parte dos participantes e despertou o seu interesse. A principal crítica destes, face aos resultados, foi a especificidade do tema escolhido: apenas idosos, apenas o sintoma dor. O que poderia explicar o reduzido número de artigos encontrados. Salientaram que ao restringir-me apenas ao sintoma dor, sendo que no âmbito dos cuidados paliativos o foco é a qualidade de vida, me auto-limitei, dado que a maioria dos estudos não se focam apenas num único sintoma. Apontaram ainda que, ao constatar-se que na atualidade a dor é predominantemente controlada de forma farmacológica será difícil realizar estudos que isolem os efeitos de uma técnica face à dor.

Mas, entendo eu, tal como há estudos que incidem sobre a qualidade de vida, também estudos sobre a dor são pertinentes. A acção farmacológica é susceptível de influir tanto nos primeiros como nos segundos, podendo aferir-se da interferência desta mediante a existência de um grupo de controlo e de um grupo experimental. É certo que podem ser as mudanças na farmacologia, no apoio prestado, no próprio estado de ansiedade, designadamente, a influenciar o controlo da dor e não a técnica x, mas o mesmo sucede em relação à qualidade de vida.

O mais importante é que tenha logrado alertar para a necessidade de se realizar mais investigação sobre a Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos, pois tal como refere o Programa Nacional de Cuidados Paliativos “*a investigação em CP deve ser apoiada e considerada como factor de desenvolvimento e qualificação dos serviços*”, uma vez que permite conhecer novas estratégias terapêuticas para o tratamento sintomático e definir novos métodos de organização dos cuidados de saúde (UMCCI, 2010).

4. Projeto de Intervenção

O projeto de intervenção foca-se na avaliação da intensidade da dor.

A dor é considerada o 5º sinal vital pois representa “*um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias*”(Direcção-Geral da Saúde, 2008). Como tal é considerada “*boa prática clínica e obrigatório, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, à semelhança do que já acontece, há muito tempo, para os 4 sinais vitais “clássicos” (frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal)*”(Direcção-Geral da Saúde, 2008). A Direcção-Geral da Saúde através das “*Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*” e das Circulares Normativas que estabelecem “*A Dor como 5.º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor*” e o “*Programa Nacional de Controlo da Dor*” manifesta a importância que a avaliação da dor possui (Direcção-Geral da Saúde, 2010; Direcção-Geral da Saúde, 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2008).

A dor acarreta muitas consequências. Se esta mesma dor não for identificada não pode ser controlada e naturalmente as suas consequências – físicas, psicológicas e sociais – não podem ser evitadas ou minimizadas. Assim, a avaliação constitui o primeiro passo para, ao detectar a presença de dor e intervir, prevenir manifestações secundárias à dor que diminuem a qualidade de vida (Arseven et al., 2005; Cavalieri, 2002; Davis & Walsh, 2004; Direcção-Geral da Saúde, 2008, 2010; Etzioni et al., 2007; Herr & Garand, 2001; Kaye et al., 2010; Zwakhalen et al., 2006).

A dor é um sintoma que preocupa as pessoas – o doente, a família e os profissionais de saúde – especialmente numa fase terminal da vida (Aspinal et al., 2006; Downey et al., 2009; Zerzan et al., 2000). A descrição da “*good death*”, por exemplo, em que o controlo sintomático da dor surge como um dos elementos, isso denota (Thompson & Chochinov, 2006; Thompson & McClement, 2002). Assim, é fundamental avaliar a sua intensidade, de modo a controlá-la, diminuindo a preocupação de todos ao valorizar esse aspeto (Aspinal et al., 2006; Downey et al., 2009; Zerzan et al., 2000).

Mesmo que aparentemente não haja queixas nem indícios da presença de dor, é muito importante que a intensidade da dor seja avaliada. A dor é um sintoma muito comum, especialmente no contexto em que se pretende implementar o projeto de intervenção – uma estrutura residencial para idosos. Estudos apontam que a dor afecta cerca de 80% dos idosos que estão institucionalizados em lares (Direcção-Geral da Saúde, 2010; Etzioni et al., 2007; Zwakhalen et al., 2006). Esta prevalência da dor verifica-se essencialmente porque a maioria dos idosos tem patologias crónicas incuráveis (Direcção-Geral da Saúde, 2003, 2008; Zerzan et al., 2000) e porque essa

dor não é avaliada, conseqüentemente não é controlada, logo é sentida (Etzioni et al., 2007).

Muitos idosos apesar de sentirem dor não a manifestam. Uma das razões provém de se assumir que é natural e expectável que a dor surja como consequência do envelhecimento, sendo por isso “normal” e como tal desnecessário referir as queixas álgicas. Isto é incorreto, pois apesar da dor ser comum, não é inevitável (Herr & Garand, 2001; Kaye et al., 2010). Outra das razões principais advém dos problemas de comunicação, nomeadamente em doentes com demência. É comum assumir-se que não sentem dor só porque não a manifestam de uma forma explícita, subvalorizando-a (Direcção-Geral da Saúde, 2010; Etzioni et al., 2007; Hadjistavropoulos et al., 2010). Utilizando-se os instrumentos de avaliação adequados é possível avaliar a intensidade da dor e constatar que é mais frequente do que se julga (Cavalieri, 2002; Direcção-Geral da Saúde, 2010; Etzioni et al., 2007).

Tendencialmente os cuidadores subestimam a intensidade da dor do outro e quantificam-na baseando-se nas patologias apresentadas. A aplicação de instrumentos de avaliação poderá combater esta desvalorização da dor e traduzir de uma forma mais rigorosa a dor sentida pelo doente (Direcção-Geral da Saúde, 2010; Davis & Walsh, 2004).

A avaliação da intensidade da dor permite a identificação da sua presença ou ausência. Se a avaliação da intensidade da dor revelar que este sintoma se manifesta então sabe-se que é necessário intervir. Se não se avaliar, a dor não é tratada (Cavalieri, 2002; Herr & Garand, 2001; Zwakhalen et al., 2006). Sem informação, resultado de avaliação, não é possível estabelecer um diagnóstico, nem um plano terapêutico. A avaliação é a base do plano de cuidados e constitui um passo fundamental para que o mesmo seja bem sucedido (Davis & Walsh, 2004; Etzioni et al., 2007; Luchi et al., 2003). Numa avaliação inicial é imprescindível avaliar a intensidade da dor (Davis & Walsh, 2004; Etzioni et al., 2007). Esta tem de ser efetuada a todos e regularmente, mesmo em indivíduos que não a manifestem, permitindo detectar as necessidades de intervenção face à dor assim que elas se manifestem, promovendo o tratamento precoce (Arseven et al., 2005; Cavalieri, 2002; Direcção-Geral da Saúde, 2010).

Através de uma avaliação sistemática é possível monitorizar a intensidade da dor e conseqüentemente reajustar a intervenção e promover um melhor tratamento. A avaliação contínua e a consulta dos registos da mesma permitem analisar a progressão da intensidade da dor sentida, a eficácia ou não do plano de intervenção, se as opções de tratamento são as mais apropriadas e até a delinear futuros planos de tratamento (Arseven et al., 2005; Cavalieri, 2002; Davis & Walsh, 2004; Direcção Geral da Saúde, 2003, 2010; Fink, 2000; Gordon et al., 2002; Hadjistavropoulos et al., 2010; Herr et al., 2006; Herr & Garand, 2001; Luchi et al., 2003). Dados confiáveis e válidos são um ponto crucial a fim de demonstrar o valor e a qualidade dos cuidados (Fink, 2000; Gordon et al., 2002; Kamal et al., 2011). Mesmo que esses dados não

sejam positivos, traduzem a necessidade de iniciativas de melhoria da qualidade, nomeadamente na adequação e eficácia do tratamento da dor, correspondendo assim a um desafio terapêutico (Arseven et al., 2005; Gordon et al., 2002; Kamal et al., 2011).

Se todos os profissionais avaliarem a dor e se o doente transmitir, quantificando, a dor subjetiva que sente, podem obter-se registos da mesma (Direcção-Geral da Saúde, 2010; Fink, 2000). Assim todos os profissionais da equipa, mesmo os que não tenham acompanhado o caso anteriormente, poderão conhecer a progressão da dor de uma determinada pessoa mediante a consulta desses registos (Davis & Walsh, 2004; Direcção Geral da Saúde, 2003; Fink, 2000; Herr et al., 2006). Consequentemente há maior eficiência na intervenção, rentabilização do tempo e satisfação do doente (Davis & Walsh, 2004; Fink, 2000).

Neste contexto da avaliação da intensidade da dor a comunicação, verbal e não-verbal, pode ser uma importante ferramenta para permitir detectar precocemente a presença de dor, com benefícios inerentes, como o aumento do conforto (Machado & Brêtas, 2006).

Os auxiliares, os profissionais que mais tempo passam com os utentes, podem e devem contribuir para que a avaliação da dor ocorra, colaborando e atuando em consonância com os demais profissionais (Barbosa & Neto, 2010; Doyle et al., 2004; Machado & Brêtas, 2006).

A identificação de dor implica a utilização de determinadas competências que permitam identificar as “deixas” verbais e não-verbais dos utentes. Essas perícias focam-se no ouvir, observar, sentir e claro, compreender (Alves, 2003; Corney, 2000). A comunicação adequada, verbal e não-verbal, deve assim ser promovida, quer como ferramenta para “ler” o utente, quer como ferramenta facilitadora para que o mesmo se expresse. O cuidador deve ter capacidade para prestar atenção e para demonstrar interesse e disponibilidade para que o idoso revele as suas necessidades e dúvidas (Alves, 2003; Machado & Brêtas, 2006). Observar os comportamentos do idoso constitui um instrumento importante para receber dados – que poderão traduzir manifestações de dor – e para transmitir informação – valorizando o que ele lhe transmite (Alves, 2003; Machado & Brêtas, 2006; Royal College of Physicians, British Geriatrics Society and British Pain Society, 2007). Perceber a dor é uma tarefa árdua e depende diretamente dos mecanismos encontrados para expressá-la. Essas competências de comunicação têm de ser conhecidas e treinadas (Machado & Brêtas, 2006).

Apesar de ser considerada o 5º sinal vital a dor ainda não é avaliada tão frequente e rigorosamente como seria desejável. Por esse motivo é necessário dar a conhecer os benefícios que poderão provir da identificação da presença de dor e da sua monitorização, alertar para a elevada prevalência deste sintoma na população idosa, que nem sempre o manifesta claramente nem o valoriza, colocar em prática medidas efetivas para que essa mesma avaliação da intensidade da dor ocorra, de uma forma

rigorosa e sistemática, e que todos os profissionais tenham como objetivo comum a identificação da presença de dor – sendo a comunicação uma das ferramentas quer na identificação quer na valorização de queixas álgicas – pois só desta forma será possível intervir face à dor. O projeto de intervenção enquadra-se na área temática pois para intervir há que detectar essa necessidade. Procura-se pela presença de dor – avaliação da intensidade da dor – com o intuito de intervir se a mesma for identificada – designadamente através da intervenção da Fisioterapia.

Este Projecto foi realizado numa Estrutura Residencial para Idosos de carácter privado onde desempenha funções de fisioterapeuta (anexos 11 e 12). Este lar encontra-se a funcionar desde 2010, acolhe cerca de 38 utentes e localiza-se em meio rural. Ali trabalham o director, a assistente social, duas enfermeiras, um médico de clínica geral e doze auxiliares. Ninguém possui formação em Cuidados Paliativos, possuindo apenas formação nas suas áreas específicas.

4.1. Diagnóstico de Situação

O projecto de intervenção foi implementado com o objetivo de aumentar a avaliação da intensidade da dor no meu local de trabalho face à percepção que tinha que este era um aspeto que podia ser melhorado e tendo em conta os benefícios que poderiam daí advir.

Ao analisar a situação verificou-se que quer no ambiente interno, quer no ambiente externo existiam pontos favoráveis e pontos desfavoráveis (tabela 6), mas que os mesmos representavam uma oportunidade de melhoria da qualidade da prestação de cuidados.

Tabela 6 - Análise da situação

Ambiente interno	<p>PONTOS FORTES</p> <ul style="list-style-type: none"> - a presença de uma equipa multidisciplinar que trabalha em equipa - a preocupação com o alívio da dor dos utentes 	<p>PONTOS FRACOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - a presença de obstáculos de comunicação - a realização de uma heteroavaliação da dor, ocasional, sem rigor e sem registos claros - a manifestada “falta de tempo”
Ambiente externo	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - a existência de instrumentos para avaliação da dor, quer em pessoas comunicantes quer em não comunicantes, 	<p>AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - a existência de utentes com pluripatologia, alguns não comunicantes - a desvalorização/ normalização do sintoma dor

4.2. Descrição das Acções

O projeto de intervenção realizado compreendeu várias atividades com vista à mudança e à melhoria da qualidade dos cuidados, todas elas direcionadas para a avaliação da intensidade da dor a todos os utentes da estrutura residencial para idosos.

Realizaram-se ações, a curto-prazo, de sensibilização para a importância da dor enquanto sinal vital. A médio-prazo efectuou-se um workshop sobre avaliação da intensidade da dor dirigido aos profissionais com formação superior (assistente social, enfermeiras e médico) do Lar para criar as normas orientadoras da avaliação da intensidade da dor, uma formação em serviço para sensibilizar os empregados auxiliares do lar para a importância da comunicação enquanto ferramenta face à dor e ensino e sensibilização dos utentes sobre a aplicação de escalas de autoavaliação da dor. A longo-prazo, foi-se disponibilizando material informativo sobre a temática da dor, como artigos científicos, para consulta de todos – utentes, familiares, visitas e funcionários – nos espaços comuns da instituição. Futuramente pretendo realizar um panfleto informativo que abranja a importância da dor enquanto 5º sinal vital, os sinais de dor e as escalas utilizadas na instituição, para disponibilizar para consulta e distribuição na instituição.

As acções de sensibilização consistiram na exposição de cartazes nas instalações do referido Lar X (apêndice 4). Estes alertavam para a importância da dor enquanto 5º sinal vital e que não se devia esconder a dor mas sim manifestar a sua presença aos profissionais.

O “Workshop: avaliação da intensidade da dor” teve como destinatários os profissionais com formação superior do Lar X, nomeadamente assistente social, enfermeiras e médico. A sua divulgação foi efectuada através de carta convite entregue em mão aos vários formandos (apêndice 5).

O workshop teve a duração total de 3 horas (apêndice 6) e decorreu na biblioteca das instalações da própria estrutura residencial para idosos X.

O objectivo geral da realização deste workshop era criar as normas orientadoras da avaliação da intensidade da dor. Já os específicos eram que os formandos fossem capazes de:

- valorizar a importância da dor enquanto 5º sinal vital;
- reconhecer os benefícios da avaliação da intensidade da dor;
- distinguir diferentes instrumentos de avaliação da intensidade da dor;
- se envolver no processo de implementação da avaliação da intensidade da dor de acordo com as normas por eles estabelecidas.

Dos conteúdos do workshop constavam uma introdução inicial com apresentação do formador e dos formandos, exposição dos objectivos e dos conteúdos do workshop e exibição da bibliografia recomendada. Antes de introduzir o tema, e uma vez que o workshop decorria no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos, abordei a temática com a definição e os princípios dos CP e deixando espaço para que fossem colocadas questões sobre o tema. Posteriormente foi abordado o conceito de dor, a avaliação da dor, as dificuldades e os benefícios da avaliação da intensidade da dor e os instrumentos disponíveis para avaliar a intensidade da dor em pessoas verbais e em pessoas não verbais. Individualmente e em conjunto foram abordadas as questões “que instrumentos? quando aplicar? como registar?” para serem delineadas as normas orientadoras. No final foi feita uma síntese de ideias, a avaliação pedagógica e dada abertura para a colocação de alguma questão que não tivesse sido clarificada durante a formação.

Como metodologia lectiva para transmissão destes conteúdos foram utilizados o método expositivo oral directo e visual, para permitir a transmissão de informação, e o método interactivo, para promover a troca de ideias e experiências. As técnicas de reflexão individual e de reflexão em grupo serviram para envolver todo o grupo na criação das normas.

Durante o workshop foi solicitada a realização de duas tarefas.

Tarefa 1: trabalho individual de leitura e análise crítica de um artigo. A cada formando foi dado um artigo - “*A Dor como 5.º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor*”, “*Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*” ou “*Dor – guia orientador de boa prática*” (Direcção-Geral da Saúde, 2003, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2008) - que continha informação sobre avaliação da intensidade da dor e donde deveria retirar dados relativamente à forma como a mesma era feita (apêndice 7) para posteriormente expor essa informação extraída aos restantes formandos.

Tarefa 2: trabalho em grupo para discussão dos artigos, debate de ideias e elaboração de um conjunto de normas orientadoras da avaliação da intensidade da dor.

A avaliação somativa baseou-se na observação e no questionamento verbal, para aferir da compreensão ou não da informação e da clareza das ideias transmitidas, sempre com o intuito de obter feedback dos formandos acerca dos conhecimentos adquiridos e da sua aplicação.

Neste workshop foram necessários como recursos humanos o formador e como recursos materiais exemplares da carta convite a dirigir a cada um dos destinatários (apêndice 5) e respectivo envelope, uma cópia da folha de presenças (apêndice 8), uma sala com cadeiras e mesas suficientes para o número de formandos, computador, powerpoint e TV, exemplares da bibliografia recomendada para disponibilizar para consulta aos formandos, cópias dos artigos “*A Dor como 5.º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor*”, “*Orientações técnicas sobre o controlo da dor*”

crónica na pessoa idosa” e *“Dor – guia orientador de boa prática”* (Direcção-Geral da Saúde, 2003, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2008), folhas de análise dos artigos (apêndice 7), folhas em branco e canetas, um CD para cada participante com cópia de artigos da bibliografia recomendada, fotocópias da folha de avaliação pedagógica (apêndice 9) e fotocópias da apresentação powerpoint (apêndice 10).

A “Formação em Serviço: dor e comunicação” destinou-se aos empregados auxiliares do Lar X. A divulgação desta foi efectuada através de cartaz alusivo à formação exposto nas instalações do lar (apêndice 11).

A formação teve a duração total de 4 horas (apêndice 12), repartidas por duas sessões separadas pelo espaço de uma semana, e decorreu na biblioteca das instalações da própria estrutura residencial para idosos X (apêndice 13).

Com esta formação pretendeu-se alcançar o objectivo geral de sensibilizar os formandos para a importância da comunicação verbal e não-verbal, enquanto ferramenta face à dor. Para tal definiram-se como objectivos específicos que no final da formação os formandos fossem capazes de:

- valorizar as queixas de dor;
- identificar sinais de dor;
- atribuir importância à comunicação dos utentes;
- atribuir importância à sua própria comunicação;
- adoptar atitudes acertadas face à dor dos utentes, através da comunicação.

Para atingir estes objectivos do conteúdo da formação constavam uma introdução inicial com apresentação do formador e dos formandos, exposição dos objectivos e dos conteúdos da formação e exibição da bibliografia recomendada. Antes de introduzir o tema, e uma vez que o workshop decorria no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos, abordei a temática dos Cuidados Paliativos procurando conhecer o que sabiam sobre o tema, informando, nomeadamente através da definição e dos princípios dos CP, e deixando espaço para que fossem colocadas questões sobre o tema. Posteriormente foi abordada a temática da dor – conceito de dor, benefícios do controlo da dor, obstáculos ao controlo da dor, manifestações de dor – e a temática da comunicação – conceito de comunicação, benefícios de uma comunicação adequada, barreiras a uma boa comunicação e competências básicas de comunicação. Na segunda sessão procurou-se analisar atitudes erradas e atitudes acertadas em relação à dor e comunicação e os benefícios da comunicação face à dor. No final de cada sessão foi feita uma síntese de ideias e possibilitada a colocação de questões. No fim da formação foi feita a avaliação pedagógica.

Utilizaram-se o método expositivo oral directo e visual, para permitir a transmissão de informação, e o método interactivo, para promover a troca de ideias e experiências. As técnicas de reflexão individual e de reflexão em grupo serviram para envolver todo o grupo na assimilação da informação. Recorrendo a estas técnicas foi solicitada a realização de três tarefas.

Tarefa 1: antes da aquisição de conhecimentos sobre dor cada formando escreveu numa folha o que era a dor e como ele próprio se comportava quando tinha dor. Todas as definições foram transcritas pelos próprios formandos para uma t-shirt.

Após a aquisição de conhecimentos foi solicitado que verbalizassem como definiam dor e como identificavam que havia dor. Foi mostrada a informação que estava previamente escrita na t-shirt relativa à definição de dor e às suas manifestações – “é”, “manifesta-se” – como forma de voltar a reforçar o que já tinha sido dito (apêndice 14).

Tarefa 2: antes da aquisição de conhecimentos sobre comunicação cada formando escreveu numa folha a resposta às questões “o que é comunicar?” e “como comunico?”. Todas as respostas foram transcritas pelos formandos para uma t-shirt.

Após a aquisição de conhecimentos foi solicitado que verbalizassem como definiam comunicação e como se comunicava. Foi mostrada a informação que estava previamente escrita na t-shirt relativa à definição de comunicação e ao modo como o fazemos – “é”, “verbal e não verbal” – como forma de voltar a reforçar o que já tinha sido dito (apêndice 15).

Tarefa 3: após a aquisição de conhecimentos relativamente à comunicação face à dor dos utentes cada formando escreveu num post-it laranja a resposta à questão “o que faço mal?” e num post-it verde a resposta à questão “o que posso fazer para melhorar?”. Estes foram colados numa cartolina pelos formandos (apêndice 16).

Foi também utilizada a técnica de simulação por *role-playing* para explorar comportamentos reais através de situações imaginárias – promovendo a resolução de problemas práticos pela aplicação dos conhecimentos adquiridos – na execução da última tarefa.

Tarefa 4: Através de sorteio foi selecionado um formando “utente” e um formando “auxiliar”. Ao “utente” desse par foi dada uma folha com indicações sobre o papel que tinha de representar (apêndice 17), sem o conhecimento do “auxiliar”. O par teve de se comportar como se de uma situação real se tratasse durante 3-5 minutos. A pessoa que simulava que tinha dor vestiu a t-shirt da tarefa 1 e a que fez de profissional vestiu a t-shirt da tarefa 2 (apêndice 18). Após essa dramatização cada formando indicou na folha “*Role-playing*” (apêndice 19) o que considerou que poderia ter sido melhor e o que foi mais adequado por parte do “auxiliar”. Os próprios participantes indicaram nessa mesma folha as dificuldades que sentiram e uma crítica ao que fizeram. Quando todos terminaram de escrever foi analisado em conjunto o que se passou na dramatização, reforçando-se os comportamentos adequados e as capacidades de cada formando. Foram realizadas três dramatizações de situações distintas.

A avaliação somativa baseou-se na observação e no questionamento verbal, para aferir da compreensão ou não da informação e da clareza das ideias transmitidas, sempre com o intuito de obter *feedback* dos formandos face aos conhecimentos

adquiridos e à sua aplicação. A realização das tarefas serviu não só o objectivo de promover a aprendizagem e integração de conhecimentos, mas também de avaliação da aquisição ou não da informação.

No decorrer da formação foi necessário o formador como único recurso humano e como recursos materiais o cartaz de divulgação da formação em serviço (apêndice 11), uma cópia da folha de presenças (apêndice 20), uma sala com cadeiras e mesas suficientes para o número de formandos, computador, powerpoint e TV, exemplares da bibliografia recomendada para disponibilizar para consulta aos formandos, folhas em branco e canetas, duas t-shirts brancas e canetas para tecido de várias cores, post-its laranjas e verdes, uma cartolina preta, papeis com o nome dos formandos para o sorteio, folhas com indicações para o *role-play* (apêndice 17), folha de avaliação do “*Role-playing*” (apêndice 19), um CD para cada participante com cópia de artigos da bibliografia recomendada, fotocópias da folha de avaliação pedagógica (apêndice 21) e fotocópias da apresentação powerpoint (apêndice 22).

Quer no workshop quer na formação em serviço foi entregue um certificado de participação a cada um dos formandos (apêndice 23).

O ensino e sensibilização dos utentes sobre a aplicação de escalas de autoavaliação da dor passou por uma conversa com cada um dos utentes para lhes dar a conhecer que a dor ia passar a ser avaliada, explicar-lhes como é que isso ia acontecer, dar-lhes a conhecer a escala numérica e a escala qualitativa e até mesmo ficar a perceber qual a sua preferência.

Ao longo do tempo fui disponibilizando material informativo sobre a temática da dor e Cuidados Paliativos – “Programa Nacional de Cuidados Paliativos” e “A dor crónica de origem não maligna” (Direcção-Geral da Saúde, 2001, 2004) – para consulta de todos, utentes, familiares, visitas e funcionários, nos espaços comuns da instituição.

4.3. Avaliação da Intervenção

A avaliação que eu faço desta intervenção na estrutura residencial para idosos X é uma avaliação globalmente positiva.

O workshop decorreu como previsto. No entanto o Dr. Y não pode comparecer, pelo que apenas tive três formandas. Estas eram muito participativas, informadas sobre algumas das temáticas e demonstravam vontade em fazer. Mas simultaneamente colocavam entraves: que tinham falta de tempo, que se calhar os utentes não iam compreender as escalas ou que não iam querer colaborar. Referiram

mesmo que achavam que ia ser muito difícil que se conseguisse implementar a avaliação da intensidade da dor.

Enquanto formadora creio que o meu desempenho foi positivo. Conseguimos entre todos realizar um verdadeiro workshop, com troca de ideias, com discussão e com partilha para criarmos algo em conjunto, com que todos se pudessem identificar e envolver.

Das actividades desenvolvidas durante o workshop resultou a elaboração de um conjunto de normas orientadoras da avaliação da intensidade da dor que dava resposta às questões “que instrumentos?”, “quando aplicar?” e “como registar?” (apêndice 24). Após este workshop reformulei a folha de registo dos sinais vitais acrescentando um espaço para o 5º sinal vital (apêndice 25) e disponibilizei vários exemplares das escalas que decidimos que iriam ser utilizadas – Escala Numérica, Escala Qualitativa e *Pain Assessment in Advanced Dementia* (apêndice 26). Este material ficou disponível no gabinete médico do Lar X para quem o quisesse utilizar.

A formação em serviço decorreu conforme estava planeado. As formandas foram muito atentas, interessadas e participativas, mais até do que o expectável, com intervenções pertinentes, abordando situações dos utentes e da sua vida pessoal. Ainda que muito preocupadas quando tinham de escrever – “eu escrevo com erros” ou “o que é que eu escrevo”.

Relativamente aos conhecimentos prévios à formação, poucas foram as formandas que demonstraram que tinham algumas noções sobre dor e comunicação. Frequentemente ouvi “não temos tempo para isso” ou “temos tanto que fazer”, mas dito com pena. Ao que respondi, por exemplo, “se fizerem o que podem é muito bom”, “não têm de falar mais, têm de falar melhor” ou “que não é por observarem com atenção que demoram mais do que se simplesmente estiverem a olhar”. Foi curioso notar que foram colocando questões sobre outros temas, demonstrando vontade em adquirir mais conhecimentos.

Quanto ao meu desempenho como formadora penso que foi bom. Confesso que até me surpreendi a mim mesma. Não estava nervosa e penso que por isso consegui falar calmamente, interagir com as formandas, exemplificar bastante e pedir que as formandas dessem exemplos, não olhar para os apontamentos que levava e até fazer questões. Por outro lado, dei comigo a manter quase sempre contacto visual com as mesmas formandas e perguntei poucas vezes por dúvidas ou questões, apesar de as ter informado no início que estavam à vontade para interromper e questionar e de ter indagado no final se existia alguma dúvida ou questão que quisessem ver esclarecida.

Relativamente às tarefas desempenhadas durante a formação penso que cumpriram o objectivo de promover a troca de ideias e de experiências e de envolver todo o grupo na assimilação da informação.

As tarefas 1 e 2, relativas aos conceitos e manifestações de dor e comunicação, foram cumpridas com êxito. As formandas escreveram nas t-shirts algumas respostas

bem curiosas. Por exemplo, relativamente à dor definiram que “é algo que nos faz sentir mal, tanto física como psicologicamente, e há muitas formas de ter dor”, “é um sintoma” ou “situação de desconforto”, referindo que quando têm dor “fico muito abatida e com um comportamento que não consigo controlar”, “tristeza, agressividade, mal-estar”, “ter o cuidado das outras pessoas para mim” ou “há maneiras diferentes de suportar e demonstrar a dor”. Quanto à comunicação entre muitas outras respostas escreveram que comunicar é “transmitir algo”, “relacionar com as outras pessoas” ou “expressar algo” e que o fazem de forma “verbal, gestual, movimentos corporais”, “gesto, fala e olhar” ou “escrita”.

Estas t-shirts serviram como resumo no final da sessão I e no início da sessão II para revisão do que tinha sido exposto e como fonte de informação para rever “a matéria dada” sempre que as auxiliares quisessem, pois ficaram penduradas nos cabides dos seus vestiários (apêndice 27).

Da tarefa 3 resultou uma base protectora que foi colocada na secretária que existe no vestiário das auxiliares, um lugar frequentado diariamente pelas mesmas para escreverem o diário do turno, e que lhes servirá assim de lembrete, recordando-lhes diariamente como é que se pode fazer melhor (apêndice 28).

Gostaram muito do role-playing da tarefa 4, mas inicialmente não conseguiam deixar de rir ou concentrar-se. No segundo e terceiro exemplos já compreenderam melhor o que era para fazer e já se centraram mais. Na situação B a “auxiliar” esteve muito bem, não forçou o dar a comida, perguntou “o que se passa? porque não quer comer?”. Como a “utente” usou bem a linguagem não verbal – dizendo até “vou basear-me na utente Y” – a “auxiliar” percebeu que lhe doía a boca e disse “é sopa passadinha e tem a medicação para aliviar a dor”. Na situação C a “auxiliar” ouviu as queixas da “utente”, mostrou-se preocupada com ela e com as suas queixas, afirmando que ia transmitir à enfermeira que ela não estava bem. Só pecou por a certa altura dizer “está cada vez mais nova”, caindo em velhos hábitos. Todas as colegas detectaram logo que não era um comportamento acertado.

A avaliação do *role-playing*, porém, não foi bem sucedida. A maioria das formandas não compreendeu “o que era para escrever” e isso foi visível nalgumas das respostas ou dos espaços por preencher. Contudo também houve respostas como “ela tentou insistir com vários tipos de alimentação”, “a atitude preocupada com a utente”, “tentar perceber o que se passava com o utente”, “quis saber o que se passava” ou “foi compreensiva”, à questão o que considera mais adequado, e “podia ter tentado perceber porque tinha o utente tanta dor”, na auto-critica ao que tinha sido feito.

As t-shirts das tarefas 1 e 2 foram utilizadas durante a dramatização para que quer o “utente” quer o “profissional” pudessem relembrar-se como a dor se manifesta e como se pode comunicar.

A avaliação feita pelos formandos também foi positiva.

A avaliação pedagógica da acção formativa foi efectuada no final do workshop e da sessão II da formação em serviço, mediante o preenchimento de um questionário anónimo entregue em mão no final da formação. Este continha questões relativas à satisfação do formando face à formação e ao desempenho do formador e referentes à opinião do formando sobre a concretização dos objectivos da formação, sobre a importância da formação para a sua prática profissional, sobre a sua intenção de mudança e sobre a aplicação prática do transmitido na formação (apêndices 9 e 21).

No workshop a média do grau de satisfação com a formação foi de 8,63 (sendo os extremos 0 nada satisfeito e 10 totalmente satisfeito), sendo que o que consideraram de mais positivo na formação foi “a troca de ideias entre formandos/formadora” e “promover a troca de experiência entre os vários profissionais” e quanto ao que poderia ser melhorado na formação não indicaram nada. Relativamente ao grau de satisfação com o desempenho do formador a média das respostas dada foi de 9,43 (sendo os extremos 0 nada satisfeito e 10 totalmente satisfeito), considerando o “discurso fluente e claro”, “o à vontade” e a “capacidade de comunicação” como os pontos mais positivos e não indicando nenhum aspecto que devesse ser melhorado. As formandas consideraram que os objectivos foram concretizados, traduzindo-se a sua opinião numa média de 9,33 (sendo os extremos 0 nada concretizados e 10 totalmente concretizados), que a formação teve importância para a sua prática profissional, traduzindo-se a sua opinião numa média de 9,57 (sendo os extremos 0 mínima e 10 máxima), que após esta formação têm intenção de mudar na sua prática profissional, traduzindo-se a sua opinião numa média de 9,27 (sendo os extremos 0 mínima e 10 máxima) e que a formação terá aplicação prática no desempenho das suas funções, traduzindo-se a sua opinião numa média de 9,23 (sendo os extremos 0 mínima e 10 máxima). Não apresentaram nenhuma observação ou sugestão.

Na formação em serviço a média do grau de satisfação com a formação foi de 8,67 (sendo os extremos 0 nada satisfeito e 10 totalmente satisfeito), sendo que o que consideraram de mais positivo na formação foi “o grau de comunicação”, “o ambiente”, “a nossa sensibilização para o tema”, “a comunicação entre a formadora e nós”, “ter aprendido objectivos que são importantes e que às vezes fazemos o contrário” e “tudo”, e quanto ao que poderia ser melhorado na formação não indicaram nada ou escreveram “nada”. Relativamente ao grau de satisfação com o desempenho do formador a média das respostas dada foi de 9,23 (sendo os extremos 0 nada satisfeito e 10 totalmente satisfeito), considerando o “a sua maneira simples de se expressar”, “todos os exemplos”, “a sua clareza na explicação do tema”, “explicar bem os tópicos” e “o trabalho e a maneira de exprimir” como os pontos mais positivos e não indicando nenhum aspecto que devesse ser melhorado. As formandas consideraram que os objectivos foram concretizados, traduzindo-se a sua opinião numa média de 9,07 (sendo os extremos 0 nada concretizados e 10 totalmente concretizados), que a formação teve importância para a sua prática profissional, traduzindo-se a sua opinião numa média de 9,13 (sendo os extremos 0 mínima e 10 máxima), que após esta formação nem todos têm intenção de mudar na sua prática

profissional, traduzindo-se a sua opinião numa média de 6,82 (sendo os extremos 0 mínima e 10 máxima) e que a formação terá aplicação prática no desempenho das suas funções, traduzindo-se a sua opinião numa média de 8,9 (sendo os extremos 0 mínima e 10 máxima). Apresentaram como observação/sugestão “é sempre bom assistir a formações para aprender mais” e “continuação de outras formações”. O resultado relativo à intenção de mudança deveu-se sobretudo a uma resposta de 1,5 na escala de 0 a 10, que eu tanto posso interpretar que não tem intenção de mudança porque já o fazia ou que não tem intenção de mudança porque acha que não vai ser capaz de o fazer (capacidades, falta de tempo).

Três meses após a formação foi efectuada uma avaliação pedagógica da repercussão da acção formativa. Entregou-se em mão um questionário acerca da opinião do formando quanto à importância da formação para a sua prática profissional, da mudança que se verificou nessa mesma prática profissional e da aplicação prática da formação (apêndice 29).

Relativamente à opinião das formandas do workshop, a formação teve importância para a sua prática profissional, traduzindo-se a sua opinião numa média de 8,63 (sendo os extremos 0 mínima e 10 máxima), que após esta formação se verificaram mudanças na sua prática profissional, traduzindo-se a sua opinião numa média de 8,17 (sendo os extremos 0 mínima e 10 máxima) e que a formação está a ter aplicação prática no desempenho das suas funções, traduzindo-se a sua opinião numa média de 7,9 (sendo os extremos 0 mínima e 10 máxima). Quanto à resposta à questão o que mudou na sua prática profissional, apenas uma das formandas respondeu “uma grande melhoria na prestação de cuidados por se efectuar uma melhor avaliação da dor e compreender melhor a intensidade da dor nos utentes”. Essa mesma formanda indicou como sugestão a realização de mais projectos de intervenção.

Verificou-se uma diminuição dos valores relativos à opinião dos formandos, quando comparados com os obtidos no final do workshop. Creio que estes resultados traduzem que embora havendo intenção de avaliar a intensidade da dor, na prática isso não se verificou de uma forma tão rotineira e tão metódica como seria desejável.

Quanto à opinião das participantes na formação em serviço, estas indicaram que a formação teve importância para a sua prática profissional, traduzindo-se a sua opinião numa média de 7,79 (sendo os extremos 0 mínima e 10 máxima), que após esta formação se verificaram mudanças na sua prática profissional, traduzindo-se a sua opinião numa média de 7,48 (sendo os extremos 0 mínima e 10 máxima) e que a formação está a ter aplicação prática no desempenho das suas funções, traduzindo-se a sua opinião numa média de 7,71 (sendo os extremos 0 mínima e 10 máxima). Quando pedi que descrevessem o que tinha mudado na sua prática profissional referiram por exemplo “tento ter em conta os pontos analisados na formação”, “mais paciência e maior compreensão”, “mudei a maneira de lidar com os utentes”, “saber ouvir” e “a maneira como se resolve falar e lidar com os utentes quando estão em

sofrimento”. Quanto às sugestões, as respostas estavam todas relacionadas com a disponibilidade e o interesse por novas e mais formações.

A média dos valores da importância da formação e da sua aplicação prática diminuíram comparativamente aos resultados obtidos logo após a formação. A opinião relativamente às mudanças que se verificaram obteve uma média superior à obtida previamente quanto à intenção de mudança. Apesar destas variações as opiniões continuaram a ser positivas e, tal como demonstram as respostas dadas pelas formandas, a formação teve algum impacto sobre as mesmas e sobre a sua prática profissional, que era afinal o que se pretendia.

Para analisar os resultados desta proposta de melhoria da qualidade utilizou-se o indicador “avaliação da intensidade da dor” criado tendo em consideração o critério de que todos os utentes têm de ter avaliação da intensidade da dor porque é extremamente relevante que *“a Dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital”* (Direcção Geral da Saúde, 2003).

O indicador reflecte-se na seguinte fórmula:

$$\frac{\text{número de utentes em que a intensidade da dor é avaliada}}{\text{número total de utentes da unidade}} \times 100$$

sendo um indicador de processo, positivo, de nível básico e que se enquadra no domínio dos indicadores de estrutura e processo do cuidar.

Três meses após a realização das formações foi utilizado o indicador para analisar o ponto da situação no Lar X. Para tal foram consultados os processos clínicos dos utentes para recolher os dados relativos ao número de utentes em que a intensidade da dor era avaliada e os registos administrativos para obter o número total de utentes da estrutura residencial para idosos.

Verificou-se que a dor apenas tinha sido avaliada e registada em 16 dos 38 utentes. Uma percentagem – 42,1% – bem distinta da que era pretendida – 100%. À partida para este projecto de intervenção definiu-se que só se iria considerar aceitável que a intensidade da dor fosse avaliada em todos os utentes da unidade.

Tendo em consideração que à partida este valor era 0% o incremento foi positivo. Penso que foi “semeada a necessidade e os benefícios da avaliação da intensidade da dor” e que no futuro estes poderão continuar a “dar mais frutos”, mormente que se

logre que a intensidade da dor seja avaliada em todos os utentes tal como acontece hoje para os outros sinais vitais.

A minha auto-avaliação, a avaliação dos formandos e os dados obtidos pela utilização do indicador posso considerar que este projecto de intervenção permitiu melhorar a qualidade em termos de avaliação da intensidade da dor no Lar X. Contudo poderiam-se ter obtido melhores resultados. A avaliação da intensidade da dor ainda não é efectuada a todos os utentes. Para tentar, no futuro, alcançar o objectivo de que a dor seja avaliada em todos os utentes procurarei continuar a alertar para a importância da dor enquanto 5º sinal vital e tenho a intenção de ser eu própria a dar o exemplo, avaliando a dor a todos os utentes.

Por último destaco outro aspecto positivo deste projecto de intervenção: dar a conhecer e esclarecer dúvidas sobre “o que são os Cuidados Paliativos”.

Conclusão

Depois de uma caminhada de quase dois anos, não sem percalços e dificuldades, posso afirmar convictamente que, graças aos ensinamentos teóricos facultados, à experiência proporcionada pela prática clínica e pelo projecto de intervenção e à preciosa ajuda dos meus orientadores, os objectivos delineados e as competências propostas foram alcançados e as minhas expectativas largamente superadas.

Uma caminhada de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional com repercussões inequívocas na minha maneira de ser, estar e trabalhar.

Uma caminhada que este relatório pretende sintetizar.

Os Cuidados Paliativos têm por objetivo primordial proporcionar conforto e qualidade de vida aos doentes e aos seus. O trabalho em equipa, a comunicação, o apoio à família e o controlo de sintomas são as áreas-chave dos Cuidados Paliativos.

A prática clínica e assistencial permitiu-me compreender, vivenciar, aplicar e fazer interagir estes conceitos, que passei a integrar na minha prática profissional, porquanto se tornou evidente que aumentam a satisfação dos doentes, das suas famílias e dos profissionais.

A prática clínica foi realizada numa UCP de referência, onde são prestados CP de nível III, essencialmente em regime de internamento, dotada de todos os meios físicos e humanos.

Os CP são prestados por uma equipa multidisciplinar, de uma forma interdisciplinar, com um objetivo comum, a qualidade de vida dos doentes que cuidam e das suas famílias. Os membros da equipa comunicam entre si, partilhando informação, opinando, questionando, ouvindo, formando e respeitando-se mutuamente, em suma, cooperando em prol dessa meta.

No início do estágio de prática clínica não possuía hábitos de trabalho em equipa e tinha receio de ser intrusiva ou inconveniente. Após o mesmo adquiri novas rotinas. Tais como partilhar informação e interpelar os outros profissionais, não de modo esporádico, mas por sistema.

A comunicação, verbal e não verbal, entre os profissionais da equipa, mas sobretudo do profissional com o doente e com a sua família têm um papel fundamental na prestação de cuidados, tal como este estágio revelou. As competências básicas de comunicação em CP têm de ser interiorizadas e treinadas, o que este estágio permitiu.

O estágio permitiu-me essencialmente pôr em prática a escuta ativa, usar recorrentemente a clarificação, habituar-me a questionar, superar as dificuldades que sentia a dar informação e treinar a empatia, o demonstrar disponibilidade, o dar

feedback, o ser sensível na forma de comunicar e o validar os sentimentos que me transmitiam. Permitiu-me igualmente melhorar muito a linguagem não verbal, passando a adotar postura e movimentos corporais que para além de corretos do ponto de vista profissional transmitam sobretudo disponibilidade e atenção, e ainda a forma como falo e escuto.

Em Cuidados Paliativos a família e cuidadores em geral são parte integrante dos cuidados, sendo o apoio àqueles um dos pilares em que assenta.

Na prática clínica pude constatar a importância do apoio da equipa de CP, designadamente por intermédio das conferências familiares, em que tive a oportunidade de participar. Esta ferramenta permite clarificar os objetivos dos cuidados, ajudar na resolução de problemas e prestar apoio e aconselhamento, adequados às especificidades de cada família, proporcionando espaço para que as famílias comuniquem, tomem decisões, se organizem e se tranquilizem. Este apoio prolonga-se para além da alta e estende-se ao processo do luto, o que previne casos de luto patológico.

Fruto desta experiência percebi a relevância – adotando tal prática – de um apoio constante à família e aprendi a lidar com aquela que era a minha principal dificuldade, a excessiva ligação às famílias e ao seu sofrimento.

Por último, o controlo de sintomas, não só físicos, como psicológicos, sociais e espirituais, é fundamental para proporcionar qualidade de vida ao doente, visando a promoção da sua dignidade e autonomia na definição de objetivos e nas decisões terapêuticas.

A dor é o sintoma mais comum e mais inquietante. Na UCP a mesma era avaliada e registada, enquanto sinal vital. Para o seu controlo eram utilizados recursos farmacológicos e não farmacológicos, entre eles a Fisioterapia. A sedação não constituía uma prática geral e o tratamento era proporcionado e adequado, visando a promoção do conforto.

Na prática clínica aprendi a valorizar todos os sintomas, não só os físicos, a perceber como uns influem sobre os outros e a compreender que se não se atuar sobre todos eles se torna impossível controlar qualquer um. Aprendi também que o controlo sintomático só é alcançável recorrendo ao trabalho em equipa, à comunicação e ao apoio à família.

Desta UCP adotei o lema segundo o qual “devemos pensar sempre no melhor interesse do doente”, atentas a situação clínica, as necessidades e a vontade daquele.

Nesta prática clínica, sob a orientação e exemplo da fisioterapeuta da equipa, pude experienciar o papel e a intervenção do fisioterapeuta numa UCP. Neste âmbito interiorizei que o propósito não é apenas a reabilitação física e que não é suficiente aplicar técnicas. Neste âmbito o doente é perspectivado como um todo e à aplicação de técnicas acresce o trabalho de equipa, a comunicação, o apoio à família e o controlo de sintomas biopsicossociais.

A Fisioterapia tem ainda uma função na prevenção de situações dolorosas e na qualidade de vida do cuidador, ao promover a mobilidade e independência funcional.

Quanto aos métodos e recursos da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos os que obtinham melhores resultados, e conseqüentemente são mais utilizados, são o TENS a nível lombar e cervical, a massagem e a mobilização e ainda a cinesiterapia respiratória, uma vez que na UCP não fazem aspiração de secreções por ser considerada uma intervenção desproporcionada. Sendo certo que a intervenção da Fisioterapia tem de se adequar às capacidades e necessidades do utente naquele momento e à sua vontade.

Tornou-se patente que a Fisioterapia é necessária e que possibilita grandes ganhos em termos de qualidade de vida, contudo existe muita carência de evidência científica.

Pelo exposto se conclui que a prática clínica e assistencial foi muito compensadora. A motivação e o entusiasmo permitiram-me superar as dificuldades iniciais de adaptação.

Realizei também uma revisão de literatura subordinada ao tema “Idosos com dor crónica: intervenções da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos”

A escolha desta área temática radicou na elevada prevalência da dor crónica, especificamente na população idosa, e na necessidade de intervir no controlo da mesma, atentas as conseqüências que acarreta para a qualidade de vida dos que a sofrem, sendo a avaliação e o controlo dos sintomas um dos principais objetivos dos Cuidados Paliativos. As intervenções destacadas foram a massagem, o TENS, o exercício e a drenagem linfática manual. Porém o reduzido número de artigos incluídos e as limitações dos mesmos demonstram que não há evidência por pesquisa. O que não significa que tais intervenções, com manifesto efeito analgésico, não tenham potencialidades como ferramentas face à dor crónica de idosos no âmbito dos Cuidados Paliativos. A elaboração e exposição de um poster intitulado “Idosos com dor crónica: Intervenções da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos” na 3ª Jornada de Fisioterapia em Cuidados Continuados, visou expor estes resultados e evidenciar a necessidade de mais e melhor investigação na área da Fisioterapia Paliativa.

Levei ainda a cabo um projeto de intervenção direcionado para a avaliação da intensidade da dor.

A dor é considerada o 5º sinal vital e só a sua avaliação sistemática permitirá detectar e monitorizar a sua presença e intensidade e, conseqüentemente, obviar às suas nefastas conseqüências, que diminuem a qualidade de vida, intervindo.

Este Projecto foi realizado numa Estrutura Residencial para Idosos de carácter privado onde desempenho funções de fisioterapeuta, compreendendo várias atividades – tais como um workshop sobre avaliação da intensidade da dor, uma formação em serviço para sensibilizar para a importância da comunicação enquanto

ferramenta face à dor – com vista à mudança e à melhoria da qualidade dos cuidados, todas elas direcionadas para a avaliação da intensidade da dor a todos os utentes da estrutura.

Findo o projeto verifiquei que a dor apenas tinha sido avaliada e registada em 42,1% dos utentes. Não obstante considero que o projecto de intervenção foi frutífero. Apesar de não se terem alcançado os resultados pretendidos teve início a avaliação da intensidade da dor e a comunicação passou a ser encarada como ferramenta face à dor. Confio que futuramente a intensidade da dor seja avaliada em todos os utentes e persistirei nesse propósito.

Estas experiências – prática clínica, revisão de literatura e projeto de intervenção – que este relatório procurou refletir, tiveram um impacto inequívoco e profundo na minha vida. Capacitaram-me para proporcionar melhores cuidados, tendo já colocado em prática muito do que absorvi, e tornaram-me um pessoa mais compreensiva e que dá mais valor à vida.

Findo este Mestrado considero que sou hoje uma melhor profissional e uma melhor pessoa. Uma profissional e pessoa mais apta a proporcionar qualidade de vida numa vida vivida até ao fim.

O objetivo major dos Cuidados Paliativos.

Referências Bibliográficas

ALARCÓN, W. A., Aguirre, C. M. & Alarcón, E. A. (2002). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (4ª ed.). Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra S.A..

ALVAREZ, O.M., Kalinski, C., Nusbaum, J., Hernandez, L., Pappous, E., Kyriannis, C., Parker, R., Chrzanowski, G. & Comfort, C.P. (2007). Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1161-1189.

ALVES, A. M. C. A. (2003). *A importância da comunicação no cuidar do idoso*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

APARICIO, M. (2008). *A satisfação dos familiares de doentes em Cuidados Paliativos*. Dissertação de mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Portugal.

APCP. (2006). Critérios de qualidade para unidades de Cuidados Paliativos. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

ARSEVEN, A., Chang, C., Arseven, O. K. & Emanuel, L. L. (2005). Assessment instruments. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21, 121-146.

ASPINAL, F., Hughes, R., Dunckley, M. & Addington-Hall, J. (2006). What is important to measure in the last months and weeks of life?: a modified nominal group study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 393-403.

BACK, A.L., Arnold, R.M., Baile, W.F., Tulsky, J.A. & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in Oncology. *CA Cancer J Clin*, 55(3), 164-177.

BARBOSA, A. & Neto, I. G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

BAUSEWEIN, C., Booth, S., Gysels, M., Higginson, I.J. (2008) Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD005623. DOI: 10.1002/14651858.CD005623.pub2.

BÉROUD, F. (2010). *Douleur et personne âgée*. Paris: Institut UPSA de la Douleur.

BLAIN, H. (2010). Palliative medicine and end of life issues in older adults: the main messages from the European Union Geriatric Medicine Society Glasgow symposium. *European Geriatric Medicine*, 1, 66-68.

BRUERA, E., Higginson, I.J., Ripamonti, C. & Gunten, C. (2006). *Textbook of palliative medicine*. New York: Edward Arnold.

BUCKHOLZ, G.T. & Gunten, C.F. (2009). Nonpharmacological management of dyspnea. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 3, 98-102.

- CAPELAS, M.L.V. (2009). Cuidados Paliativos: uma proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*, 2 (1), 51-57.
- CAVALIERI, T. A. (2001). Ethical issues at the end of life. *JAOA*, 101(10), 616-622.
- CAVALIERI, T. A. (2002). Pain management in the elderly. *JAOA*, 102(9), 481-485.
- CENTENO, C., Lynch, T., Donea, O., Rocafort, J. & Clark, D. (2013). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013. Full Edition*. Milan: EAPC Press.
- CHERNY, N.I., Radbruch, L. & The Board of the European Association for Palliative Care (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended Framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 23(7), 581-593.
- CHOCHINOV, H.M. (2002). Dignity-conserving care – a new model for palliative care. *JAMA*, 287 (17), 2253-2260.
- CHOCHINOV, H.M. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 84-103.
- CLEMENS, K.E., Jaspers, B., Klaschik, E. & Nieland, P. (2010). Evaluation of the clinical effectiveness of physiotherapeutic management of lymphoedema in palliative care patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 40(11), 1068–1072.
- CORNEY, R. (2000). O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina (2^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- DALACORTE, R.R., Rigo, J.C. & Dalacorte, A. (2011). Pain management in the elderly at the end of life. *North American Journal of Medical Sciences*, 3(8), 348-354.
- DAVIES, E & Higginson, IJ (2004) *Better Palliative Care for Older People*. Copenhagen: Publications WHO Regional Office for Europe.
- DAVIS, M. P. & Walsh, D. (2004). Cancer pain: how to measure the fifth vital sign. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 71(8), 625-632.
- DENG, G., Cassileth, B.R. & Yeung, K.S. (2004). Complementary therapies for cancer-related symptoms. *The Journal of Supportive Oncology*, 2(5), 419-429.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2001). *Guias para as pessoas idosas: a dor crónica de origem não maligna*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2003). *A Dor como 5.º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa N.º 09. Lisboa: DGS/DGCG. (*)
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Circular Normativa N.º 14. Lisboa: DGCG.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa N.º 11. Lisboa: DSCS/DPCD.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Orientação N.º 015/2010. Lisboa: DGS. (*)

- DOWNEY, L., Engelberg, R. A., Curtis, J. R., Lafferty, W. E. & Patrick, D. L. (2009). Shared priorities for the end-of-life period. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(2), 175-188.
- DOYLE, D., Hanks, G., Cherny, N. & Calman, K. (2004). *Oxford textbook of Palliative Medicine* (3th ed.). Oxford University Press.
- ERNST, E. (2009). Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials. *Supportive Care in Cancer*, 17(4), 333-337.
- ETZIONI, S., Chodosh, J., Ferrell, B. A. & MacLean, C. H. (2007). Quality indicators for pain management in vulnerable elders. *JAGS*, 55(S2), S403-S408.
- FERREIRA, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A.C., Lopes, A., Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J., Fernandes, P., Miguel, S., Leal, V. & Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(2), 13-19.
- FINK, R. (2000). Pain assessment: the cornerstone to optimal pain management. *BUMC PROCEEDINGS*, 13, 236-239.
- FRYMARK, U., Hallgren, L. & Reisberg, A. (2009). *Physiotherapy in palliative care - a clinical handbook*. Estocolmo: Palliative Centre.
- GONZÁLEZ-ESCALADA, J.R., Camba, A., Casas, A., Gascón, P., Herruzo, I. Núñez-Olarte, J.M., Ramos-Aguerri, A., Trelis, J. & Torres, L.M. (2011). Código de buena práctica para el control del dolor oncológico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(2), 98-117.
- GORDON, D. B., Pellino, T. A., Miaskowski, C., McNeill, J. A., Paice, J. A., Laferriere, D. & Bookbinder, M. (2002). A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. *Pain Management Nursing*, 3(4), 116-130.
- GORT, A.M., March, J., Gómez, X., Miguel, M., Mazarico, S. & Ballesté, J. (2005). Escala de Zarit reducida en Cuidados Paliativos. *Medicina Clinica*, 124(17), 651-653.
- HADJISTAVROPOULOS, T., Fitzgerald, T. D. & Marchildon, G. P. (2010). Practice guidelines for assessing pain in older persons with dementia residing in long-term care facilities. *Physiother Can.*, 62, 104-113.
- HALL, S., Petkova, H., Tsouros, A.D., Constantini, M. & Higginson, I.J. (2011). *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen: Publications WHO Regional Office for Europe.
- HERR, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Pelosi-Kelly, J. & Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52.
- HERR, K. A. & Garand, L. (2001). Assessment and measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med*, 17(3), 457-vi.
- HEYLAND, D. K., Dodek, P., Rocker, G., Groll, D., Gafni, A., Pichora, D., Shortt, S., Tranmer, J., Lazar, N., Kutsogiannis, J. & Lam, M. (2006). What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *CMAJ*, 174(5).
- HOSPITAL DA LUZ. Acedido em: 18, Abril, 2013, em: <http://www.hospitaldaluz.pt/>.

HUDSON, P.L., Aranda, S. & Kristjanson, L.J. (2004). Meeting the supportive needs of family caregivers in Palliative Care: challenges for health professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 7(1), 19-25.

HUDSON, P.L. & Hayman-White, K. (2006). Measuring the psychosocial characteristics of family caregivers of Palliative Care patients: psychometric properties of nine self-report instruments. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(3), 215-228.

HUDSON, P., Quinn, K., O'Hanlon, B. & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7.

HUDSON, P.L., Thomas, K., Trauer, T., Remedios, C. & Clarke, D. (2011). Psychological and Social Profile of Family Caregivers on Commencement of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 522-534.

IAHPC. (2006). List of essential palliative care drugs. *The Journal of Supportive Oncology*, 4(8), 409.

KALICHMAN, L. (2010). Massage therapy for fibromyalgia symptoms. *Rheumatology International*, 30(9), 1151-1157.

KAMAL, A. H., Currow, D. C., Ritchie, C., Bull, J., Wheeler, J. L. & Abernethy, A. P. (2011). The value of data collection within a palliative care program. *Curr Oncol Rep*, 13, 308-315.

KAYE, A. D., Baluch, A. & Scott, J. T. (2010). Pain management in the elderly population: a review. *The Ochsner Journal*, 10, 179-187.

KUMAR, S.P. (2011). Cancer pain: a critical review of mechanism-based classification and physical therapy management in palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(2), 116-126.

KUMAR, S.P. & Jim, A. (2010). Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(3), 138-146.

KUMAR, S.P., Jim, A. & Sisodia, V. (2011). Effects of palliative care training program on knowledge, attitudes, beliefs and experiences among student physiotherapists: a preliminary quasi-experimental study. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(1), 47-53.

KUMAR, S.P. & Saha, S. (2011). Mechanism-based classification of pain for physical therapy management in palliative care: a clinical commentary. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(1), 80-86.

KUTNER, J.S., Smith, M.C., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, B.K., Beaty, B., Felton, S. & Yamashita, T.E. (2008). Massage therapy vs. Simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. *Ann Intern Med*, 149(6), 369-379.

Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República N.º 172 - 1.ª série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

LINDQVIST, O., Tishelman, C., Hagelin, C.L., Clark, J.B., Daud, M.L., Dickman, A., Benedetti, F.D., Galushko, M., Lunder, U., Lundquist, G., Miccinesi, G., Sauter, S.B., Fürst, C.J. & Rasmussen, B.H. (2012). Complexity in non-pharmacological caregiving activities at the end of life: an international qualitative study. *PLOS Medicine*, 9(2).

- LUCHI, R. J., Gammack, J. K., Narcisse, V. J. & Storey, C. P. (2003). Standards of care in geriatric practice. *Annu. Rev. Med.*, 54, 185-196.
- LUSSIER, D., Huskey, A.G. & Portenoy, R.K. (2004). Adjuvant analgesics in cancer pain management. *The Oncologist*, 9, 571-591.
- MACHADO, A. C. A. & Brêtas, A. C. P. (2006). Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 129-133.
- MARCUCCI, F.C.I. (2005). O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(1), 67-77.
- MARQUES, C. & Barbosa, M. (2010). *A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal*. Dissertação de mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Portugal.
- MARQUES, A.L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I.G., Capelas, M.L., Tavares, M. & Sapeta, P. (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*, 14 (152), 32-38.
- MEHTA, A. & Chan, L.S. (2008). Understanding of the concept of “total pain”: a prerequisite for pain control. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(1), 26-32.
- MELTZER, D. (2009). *Studies in extended metapsychology – clinical applications of bion’s ideas*. London: Karnac Books Ltd. The Harris Meltzer Trust.
- METZGER, Q., August, K.J., Srinivasan, M., Liao, S. & Meyskens Jr, F.L. (2008). End-of-life care: guidelines for patient-centered communication. *American Family Physician*, 77(2), 167-174.
- MINISTÉRIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2008). *Guía de práctica clínica sobre Cuidados Paliativos*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- MOUTINHO, S. (2008). Apoio no luto em Cuidados Paliativos. *DOR*, 16(3), 35-39.
- NETO, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 19, 68-74.
- NETO, I. G. (2010). *Cuidados paliativos – testemunhos*. Lisboa: Alêtheia Editores.
- NETO, I. G. & Trindade, N. (2007). Family meetings as a means of support for patients. *European Journal Of Palliative Care*, 14(3), 105-108.
- O’CONNOR, M., Fisher, C. & Guilfoyle, A. (2006). Interdisciplinary teams in palliative care: a critical reflection. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(3), 132-137.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2008). *Dor – guia orientador de boa prática*. Cadernos OE, série I número 1.
- PALMA, J.S. & Payne, R. (2001). Palliative care and rehabilitation. *Cancer*, 92(4), 1049-1052.
- PAYNE, S., Hudson, P., Grande, G., Oliviere, D., Tishelman, C., Pleschberger, S., Firth, P., Ewing, G., Hawker, S. & Kerr, C. (2010a). White paper on improving support for family carers in palliative care: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 17(5), 238 – 245.

PAYNE, S., Hudson, P., Grande, G., Oliviere, D., Tishelman, C., Pleschberger, S., Firth, P., Ewing, G., Hawker, S. & Kerr, C. (2010b). White paper on improving support for family carers in palliative care: part 2. *European Journal of Palliative Care*, 17(6), 286 – 290.

PHAM, P.T., Toscano, E. & Pham, S.V. (2009). Pain management in patients with chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation Plus* 2, 111–118.

RADBRUCH, L., Payne, S. & the Board of Directors of the European Association for Palliative Care. (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE*, 16 (6), 278-289.

RADBRUCH, L., Payne, S. & the Board of Directors of the European Association for Palliative Care. (2010a). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE*, 17 (1), 22-33.

RADBRUCH, L., Trottenberg, P., Elsner, F., Kaasa, S. & Caraceni, A. (2010b). Systematic review of the role of alternative application routes for opioid treatment for moderate to severe cancer pain: na EPCRC opioid guidelines project. *Palliative Medicine*, 25(5), 578-596.

REBELO, J. E. (2007). *Desatar o nó do luto – silêncios, receios e tabus (3ª ed.)*. Cruz Quebrada: Casa das Letras.

ROBB, K., Oxberry, S.G., Bennett, M.I., Johnson, M.I., Simpson, K.H. & Searle, R.D. (2009). A Cochrane systematic review of transcutaneous electrical nerve stimulation for cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(4), 746-753.

ROSARIO, M.A.B., Pascual, L. & Fraile, A.A. (2002). Cuidados Paliativos: la atención a los últimos días. *Atención Primaria*, 30(5), 318-322.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, British Geriatrics Society and British Pain Society. (2007). The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series, No 8. London: RCP.

SEPÚLVEDA, C., Marlin, A., Yoshida, T. & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24 (2), 91-96.

SERDÀ, B.C., Valle, A., Marcos-Gragera, R. & Monreal, P. (2009). Beneficios de un programa de ejercicio de fuerza para la mejora de la calidad de vida del hombre con cáncer de próstata. *PSICOONCOLOGIA*, 6(1), 211-226.

THE BRITISH PAIN SOCIETY (2010). *Cancer Pain Management: a perspective from the British Pain Society, supported by the Association for Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners*. Londres: The British Pain Society.

THE CHARTERED SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY. (2003). The role of physiotherapy for people with cancer – CSP position statement. Londres: CSP.

THOMPSON, G. N. & Chochinov, H. M. (2006). Methodological challenges in measuring quality care at the end of life in the long-term care environment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(4), 378-391.

THOMPSON, G. & McClement, S. (2002). Defining and determining quality in end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(6), 288-293.

TULSKY, J.A. (2005). Beyond advance directives: importance of communication skills at the end of life. *JAMA*, 294(3), 359-365.

TWYXCROSS, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. (2010). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1990). *Cancer pain relief and Palliative Care*. Geneva: WHO.

ZERZAN, J., Stearns, S. & Hanson, L. (2000). Access to palliative care and hospice in nursing homes. *JAMA*, 284(19), 2489-2494.

ZWAKHALEN, S., Hamers, J., Abu-Saad, H. & Berger, M. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 6(3).

Apêndices

Apêndice 1 - Casos Clínicos

Caso Clínico I

O **senhor T.**, de 80 anos de idade, casado, uma filha e dois netos. Antes de ser internado residia com a esposa no Alentejo.

Este senhor tinha um diagnóstico recente de Neoplasia do Pulmão em estadio IV (metastização pulmonar homo e contralateral e óssea: costelas e vértebras). Para além disso apresentava síndrome demencial, dependência parcial de terceiros nas AVD'S e era ex-fumador.

O senhor T. apresentava-se normalmente bem-disposto, sem queixas álgicas e tinha uma tosse produtiva com secreções que mobilizava bem.

Durante o internamento verificou-se um agravamento do quadro respiratório, com aumento da expectoração muco purulenta e sem dificuldade respiratória, por infecção respiratória, que teve boa resposta clínica a antibioterapia. Apesar de se encontrar maioritariamente calmo e orientado, verificavam-se períodos de discurso confuso, referindo por exemplo “ontem fui à minha terra” ou “hoje de manhã andei pelo corredor todo sozinho”.

O senhor T. teve alta para o seu domicílio clinicamente estabilizado e parcialmente dependente de terceiros nas AVD'S, sem indicação para medidas terapêuticas e/ou diagnósticas agressivas, invasivas e/ou desproporcionadas.

Em casa iria ter como única cuidadora a sua esposa, com apoio ocasional da filha e sem apoio de terceiros para prestação de cuidados. Na altura foi posta a questão de que, provavelmente, a esposa não teria condições para cuidar dele. Contudo esta escolha deveu-se, sobretudo e infelizmente, a motivos financeiros.

Foi feito ensino à esposa e à filha, nomeadamente sobre medicação e gestão da dor. No momento da alta a dor era controlada através de Morfina LP 10mg e analgésicos adjuvantes (dexametasona 4mg comprimidos, gabapentina 100mg comprimidos, tizanidina 1mg comprimidos).

Na véspera da alta o senhor T. apresentava-se mais orientado, sem queixas álgicas e com menos cansaço nos membros inferiores. No entanto, durante a sessão referiu “vou para casa mas não sei por quanto tempo”, demonstrando claramente preocupação com o seu estado de saúde.

O papel da Fisioterapia neste caso era essencialmente para promover a autonomia do senhor T. e para intervir a nível respiratório. Assim, era realizada cinesiterapia respiratória, fortalecimento muscular manual, mobilização articular manual,

reeducação do equilíbrio, treino de marcha e reeducação funcional de cada membro. O senhor T. era muito colaborante, especialmente na cinesiterapia respiratória.

Caso Clínico II

A **senhora A.**, de 63 anos de idade, viúva, previamente autónoma e a viver sozinha no Alentejo.

Internada em CP para convalescência pós-cirúrgica na tipologia paliativa reabilitativa, por carcinoma seroso provavelmente primitivo do peritoneu estadio IV, operado e sob quimioterapia.

Reportava o início das suas queixas há 2 anos, exacerbadas desde há 6 meses, altura em que refere dores abdominais recorrentes, difusas, mais localizadas aos quadrantes inferiores, que pioravam com a ingesta alimentar, obstipação crónica, náuseas (sem vômitos) e perda ponderal de 5 kgs.

A senhora A. tinha conhecimento de toda a sua situação clínica.

Durante o internamento pós-cirúrgico realizou o primeiro ciclo de quimioterapia, que foi muito mal tolerado, com mucosite grau 1, vômitos grau 2, mialgias e artralgias grau 2, pelo que havia indicações para ser ponderado eventual ajuste de dose no próximo ciclo.

Apresentava queixas de disúria e dificuldade em iniciar a micção.

A intervenção da Fisioterapia centrava-se na marcha, na cicatriz e nos problemas urinários, recorrendo-se a fortalecimento muscular manual, a mobilização articular manual, a reeducação do equilíbrio e treino de marcha.

Inicialmente a senhora A. deambulava com apoio unilateral e com muita insegurança e medo, mas progressivamente foi ganhando mais confiança. Independente na maioria das AVD'S, necessitava apenas de ajuda parcial ou supervisão para tomar banho e para se vestir.

Após a cirurgia a eliminação intestinal era feita por colostomia, apresentando estoma rosado, invaginado e húmido e boa adaptação à utilização de placa e saco. No momento da alta era independente na muda do saco e nos cuidados a ter com o estoma.

No último dia antes da alta estava a fazer crochet com agrado e falou-me da escolha de um turbante que tinha feito.

A terapia foi revista e simplificada, ficando tudo por via oral.

Teve alta para uma casa de repouso, ficando com quimioterapia marcada no hospital e consulta na UCP.

Caso Clínico III

O **senhor R.**, de 79 anos de idade, casado e com excelente suporte familiar.

Diagnóstico, há quase um ano, de oligodendroglioma anaplásico, tendo sido submetido a intervenção cirúrgica e radioterapia. Por recidiva terá iniciado quimioterapia.

O doente foi internado por prostração súbita, recusa alimentar e terapêutica (via oral), dificuldade na deambulação e exaustão familiar. Actualmente com quadro de progressão de doença.

No exame objectivo realizado na admissão apresentava-se lúcido, pouco colaborante e amnésico. Orientado em relação a pessoas e não orientado em relação a tempo, espaço e acontecimentos. Tinha baixa mobilidade com rigidez articular e diminuição global de força muscular, quadro neuromotor de hemiparésia direita espástica com dificuldade de mobilização do membro inferior direito por dor e dependente nas AVD's.

Antes de se reformar era coronel do exército pelo que todos os profissionais faziam questão de o chamar por senhor coronel. Até os outros utentes de Fisioterapia que estavam diariamente no ginásio à mesma hora que o senhor R. o tratavam assim e lhe faziam continência.

O senhor R. era colaborante nas sessões de Fisioterapia, mas era difícil conseguir que ele mantivesse a concentração. Realizava Fisioterapia no ginásio de neurologia, designadamente, fortalecimento muscular manual, mobilização articular manual, reeducação do equilíbrio e treino de marcha.

Ao longo do internamento apresentou melhorias no equilíbrio, na marcha e na alimentação.

O doente teve alta para o seu domicílio, com a recomendação para manter reabilitação motora e estimulação variada para a sua autonomia. Os cuidados eram assegurados por familiares e por uma empresa prestadora de cuidados 24h por dia. Ficou de regressar à UCP para consulta.

Caso Clínico IV

O **senhor G.**, de 73 anos de idade, viúvo e com dois filhos, vivendo com o filho mais velho. A esposa do senhor G. faleceu há três anos com cancro do colo do útero metastizado.

Apresentava antecedentes pessoais de adenocarcinoma da ampola de Vater operado e Cardiopatia isquémica, diagnósticos de que o doente tinha conhecimento.

Foi internado por manifestar quadro de prostração e confusão, sem alterações analíticas associadas, possivelmente secundárias à situação oncológica.

Enquanto esteve na UCP detectou-se doença hepática e confirmou-se recidiva do adenocarcinoma da ampola de Vater. Realizou o primeiro ciclo de quimioterapia paliativa, mas o seu estado clínico não permitiu que se realizasse o segundo ciclo.

Durante o internamento verificaram-se flutuações relativamente à autonomia funcional e ao grau de dependência do senhor G. Inicialmente, quando entrou na UCP, estava totalmente acamado e necessitava de extensos cuidados de enfermagem (Escala de Karnofsky C20), estando totalmente dependente (Índice de Barthel 0).

Posteriormente verificaram-se melhorias, necessitando ainda frequentemente de assistência e cuidados médicos (Escala de Karnofsky B50) e estando ainda dependente de terceiros (Índice de Barthel 20).

No período posterior à quimioterapia e face aos efeitos desta, encontrava-se mais debilitado passando mais de 50% do tempo na cama (Escala de Karnofsky C40), e em termos de dependência encontrava-se igual (índice de Barthel 20).

Posteriormente foram-se verificando melhorias a nível da autonomia funcional (Escala de Karnofsky B50) e de dependência (índice de Barthel 45), mas foi demonstrando lentificação psicomotora, desorientação em relação ao tempo e espaço, com esquecimento fácil e discurso confuso.

Durante o internamento apresentou sempre elevado risco de queda (Escala de Quedas de Morse 70) e risco moderado de desenvolver úlceras de pressão (Escala de Braden 13).

Inicialmente realizava Fisioterapia no seu quarto, pois estava em isolamento preventivo. Posteriormente passou a ir ao ginásio de neurologia do serviço de Fisioterapia. A intervenção consistia em cinesiterapia correctiva postural, em fortalecimento muscular manual, em mobilização articular manual, em reeducação do equilíbrio e treino de marcha. Verificaram-se importantes melhorias em termos de força dos membros inferiores e de marcha.

Quanto à medicação, destacaria que para controlo da dor estava prescrito apenas Paracetamol em SOS.

Filhos assertivos e tranquilos face à situação actual.

Caso Clínico V

O **senhor J.**, de 74 anos de idade, casado, com um filho e uma neta.

Antecedentes conhecidos de Adenocarcinoma gástrico estadio IV (metastização óssea, pulmonar e hepática) e Neoplasia da próstata estabilizada.

Internado no seguimento de lipotímia no WC do seu domicílio, tendo sido encontrado dentro da banheira. Sem evidência de traumatismo craneoencefálico, mas com dor dorsolombar e esternal moderada a severa. Nos exames constatou-se fractura patológica com luxação C7D1. O doente foi internado para controlo sintomático e esclarecimento etiológico.

Apesar do contexto de neoplasia em estadio IV em progressão (maior envolvimento ósseo), discutiu-se o caso com o doente, o dr x e o dr y, sendo consensual a indicação para intervenção cirúrgica. O doente foi submetido a fixação C6D1, sendo realizada artrodese cervical posterior de C4 a D4, verificando-se no pós-operatório parésia do membro superior direito, em relação muito provável com lesão do plexo braquial consequente da posição cirúrgica. Durante o restante internamento realizou radioterapia dado o contexto da doença de base e etiologia da fractura. Evoluiu favoravelmente no défice neurológico do membro superior direito, com Fisioterapia e Terapia Ocupacional, mantendo no momento da alta ainda alguma diminuição da força com predomínio distal.

Caso Clínico VI

O **senhor M.G.**, de 77 anos, casado e pai de dois filhos. O filho mais velho faleceu com 23 anos num acidente de viação e posteriormente voltou a ser pai aos 47 anos, de outro rapaz (possivelmente com perturbação do espectro do Asperger).

Internado por cansaço fácil, astenia e cervicalgias e omalgias bilaterais na sequência de Neoplasia do Pulmão em fase avançada, grave e irreversível.

Doente conhecedor de toda a sua situação clínica. A sua irmã é quem o vem acompanhando mais nesta fase, pois o doente tem uma atitude protectora face à esposa. A esposa tem conhecimento do diagnóstico mas não tem noção da gravidade do estado do marido. Nem o marido nem a mulher abordam as questões do futuro.

O senhor M.G. tinha como principal objectivo recuperar o máximo possível a autonomia na marcha, pois deambulava com apoio unilateral e com insegurança.

Em Fisioterapia realizava fortalecimento muscular manual e mobilização articular manual, com mais intensidade nos membros inferiores, reeducação do equilíbrio na posição de pé e treino de marcha.

Era um doente muito colaborante, mas igualmente pessimista e muito apelativo sentimentalmente.

Caso Clínico VII

O **senhor P.**, de 61 anos de idade, casado, com um filho e uma neta.

Doente com diagnóstico de tumor neuroendócrino (NET) do pâncreas pouco diferenciado, com metastização hepática e esplênica e paniculite pancreática cutânea paraneoplásica (4 linhas de quimioterapia), internado na UCP para controlo sintomático.

Lesões nos membros inferiores a supurar exsudado hematopurulento a nível da região popliteia. Muito queixoso da região sagrada onde apresenta nova lesão de paniculite. Melhor a nível das artralguas e sinais inflamatórios articulares. Aparentemente orientado, discurso adequado, embora com períodos de esquecimento/confusão.

O senhor P. encontrava-se totalmente acamado e necessitava de extensos cuidados de enfermagem/família (Escala de Karnofsky C20), o seu grau de dependência era total (Índice de Barthel 15), não apresentava risco de queda por estar sempre acamado (Escala de Quedas de Morse 15) e por esse mesmo motivo era um doente de alto risco para desenvolver úlceras de pressão (Escala de Braden 10).

Tinha uma esposa muito presente, participativa nos cuidados, com expectativas adequadas, que expressava as suas emoções, que não evitava conversas e que agradecia muitos os cuidados. Na Escala de Zarit apresenta um total de 15. O filho não está presente.

Progressivamente foi ficando mais prostrado e pediu para ficar mais adormecido porque não conseguia lidar com a situação. Não apresentava sinais de dor nem sinais de toxicidade opióide.

O senhor P. faleceu tranquilo durante a madrugada, vinte e um dias após a admissão.

Realizava a seguinte medicação:

- [Bisacodilo 10mg Sup] Rectal 10mg SOS Diário – OBS: se não evacuar há 3 dias
- [Dexametasona 8mg Comp] Oral 6mg PA/Lanche Diário
- [Diclofenac 75mg/3ml Sol inj Fr 3ml IM] Subcutanea 1 Unidd SOS Diário – OBS: se febre (temp>38°C)
- [Esomeprazol 20mg Comp. Gr] Oral 20mg 2x/Dia (9/21h) Diário – OBS: fazer em jejum
- [Estazolam 2mg Comp] Oral 2mg ao Deitar (22h) Diário
- [Furosemida 10mg Comp (1/4 de 40mg)] Oral 10mg 1x/Dia (9h) Diário – OBS: vigiar a tensão arterial
- [Gabapentina 300mg Caps] Oral 300mg PA/Alm/Jantar Diário
- [Haloperidol 2mg/ml Sol oral Fr 15ml] Oral 12 gotas 8/8h (07/15/23) Diário – OBS: não acordar o doente, fazer primeira toma pela manhã

- [Insulina humana 100UI/ml Acção curta Sol inj Fr 10 ml IV SC] Subcutanea SOS Diario – OBS: 240-300: 6U/ 300-360: 8U/ 360-400: 10U/ > 400: 12U
 - [Lactulose 7500mg/15 ml Xar Saq] Oral 1 Unidd PA/Alm Diario
 - [Lorazepam 1mg Comp] Oral 1 mg SOS Diario – OBS: se insónia
 - [Metoclopramida 10mg/2ml Sol inj Fr 2ml IM IV] Subcutanea 10mg SOS Diário – OBS: se náuseas e/ou vómitos
 - [Morfina 10mg/1ml Sol inj Fr 1ml Epidural IM IT IV SC] Subcutanea 3,75mg SOS Diario – OBS: se dor, no Max 4/4h; fazer 10 minutos antes do penso
 - [Morfina, Sulfato 20mg/ml Sol. Oral] Oral 5mg 6/6h (1/7/13/19) Diario – OBS: vigiar sinais de toxicidade opioide
 - [Resina Permutadora de Catiões (Ca²⁺/K⁺)] Oral 2 colheres Alm/Jantar Diario for 3 Days
 - [Sertralina 25mg Comp (1/2 Comp 50mg)] Oral 25mg 1x/Dia (09h) Diario dor 5 Days
 - [Tizanidina 1mg Comp. (1/2 Comp de 2mg)] Oral 1mg Ao Deitar (22h) Diario
- Cinco dias depois das prescrições anteriores e um dia antes do falecimento, a medicação era a seguinte:
- [Bisacodilo 10mg Sup] Rectal 10mg SOS Diário – OBS: se não evacuar há 3 dias
 - [Brometo ipratropio 20ug/dose Sol press inal Recip 200 doses] Oral 3 puffs SOS Diario – OBS: se farfalheira
 - [Butilescopolamina 20mg/1ml Sol inj Fr 1ml IM IV SC] Subcutanea 20mg SOS Diário – OBS: 2^o SOS se farfalheira
 - [Ciprofloxacina 500mg Comp] Oral 500mg 2x/Dia (9/21h) Diario for 7 Days
 - [Clonazepam 2,5mg/ml Sol oral Fr 10ml] Oral 5 gotas 8/8h (07/15/23) Diario
 - [Dexametasona 4mg/1ml Sol inj Fr 1ml] Subcutanea 6mg PA/Lanche Diario – OBS: vigiar cavidade oral
 - [Diclofenac 75mg/3ml Sol inj Fr 3ml IM] Subcutanea 1 Unidd SOS Diario – OBS: se febre (temp>38°C)
 - [Esomeprazol 20mg Comp. Gr] Oral 20mg 2x/Dia (9/21h) Diario – OBS: fazer em jejum
 - [Estazolam 2mg Comp] Oral 2mg ao Deitar (22h) Diario
 - [Furosemida 20mg/2ml Sol inj Fr 2ml IM IV] Subcutanea 20mg PA/Lanche Diario – OBS: vigiar a tensão arterial
 - [Gabapentina 300mg Caps] Oral 300mg PA/Alm/Jantar Diario – OBS: se via oral disponível

- [Haloperidol 5mg/1ml Sol inj Fr 1ml IM IV] Subcutanea 2,5mg 8/8h (07/15/23)
Diario

- [Insulina humana 100UI/ml Acção curta Sol inj Fr 10 ml IV SC] Subcutanea SOS
Diario – OBS: 240-300: 6U/ 300-360: 8U/ 360-400: 10U/ > 400: 12U

- [Lactulose 7500mg/15 ml Xar Saq] Oral 1 Unidd PA/Alm Diario

- [Lorazepam 1mg Comp] Oral 1 mg SOS Diario – OBS: se insónia

- [Metoclopramida 10mg/2ml Sol inj Fr 2ml IM IV] Subcutanea 10mg SOS Diário –
OBS: se náuseas e/ou vômitos

- [Morfina 10mg/1ml Sol inj Fr 1ml Epidural IM IT IV SC] Subcutanea 2,5mg 6/6h
(1/7/13/19) Diario – OBS: vigiar sinais de toxicidade opioide

- [Morfina 10mg/1ml Sol inj Fr 1ml Epidural IM IT IV SC] Subcutanea 3,75mg SOS
Diario – OBS: se dor, no Max 4/4h; fazer 10 minutos antes do penso

- [Sertralina 50mg Comp] Oral 50mg 1x/Dia (09h) Diário – OBS: se via oral
disponível

- [Tizanidina 1mg Comp. (1/2 Comp de 2mg)] Oral 1mg Ao Deitar (22h) Diário –
OBS: se via oral disponível

A intervenção da Fisioterapia consistiu numa mobilização articular manual muito suave e ligeira dos membros superiores e dos membros inferiores, realizada no leito, dentro dos limites de conforto do senhor P..

Caso Clínico VIII

A **senhora L.**, de 87 anos de idade, viúva há 5 meses (marido com demência de Alzheimer). Residia em casa da filha, principal cuidadora, tendo outro filho que não está tão presente.

Previamente autónoma, mas já com algumas alterações nas rotinas do dia-a-dia, esquecimento fácil e incontinência urinária. Foi internada por quadro de grande debilidade, de apatia e prostracção, com alterações cognitivas.

É um caso de múltiplos problemas crónicos, sendo que do diagnóstico final no momento de alta constavam: cardiopatia hipertensiva, status pós pneumonia adquirida na comunidade sem agente identificado, demência vascular, status pós AVC isquémico com hemiparésia esquerda sequelar (2008), hipertensão arterial, hipotiroidismo, dislipidémia e pacemaker.

Durante o internamento teve como intercorrências novo agravamento respiratório com traqueobronquite aguda e angor em contexto de cardiopatia hipertensiva.

Filha claramente em exaustão e com dúvidas relativamente ao destino após a alta – instituição ou a sua casa.

Doente sem queixas, comunicativa, calma, orientada na pessoa e com períodos de esquecimento, sem alterações de novo, com melhorias em termos da marcha e sintomaticamente controlada. Teve alta para uma instituição direcionada para casos de demência.

A senhora L. realizava cinesioterapia respiratória, fortalecimento muscular, mobilização articular, reeducação do equilíbrio e treino de marcha. Para além da Fisioterapia, esta senhora também realizava Terapia Ocupacional.

Caso Clínico IX

O **senhor M.**, de 88 anos, casado e sem filhos.

Foi internado porque há cerca de 10 dias que tinha quadro de tosse, farfalheira e sensação de dificuldade respiratória, com o objectivo de convalescença e ajuste de controlo sintomático da pluripatologia de base.

Apresenta antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca descompensada, fibrilação auricular paroxística, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) agudizada e demência de Alzheimer.

A esposa era uma pessoa fisicamente debilitada e dependia de terceiros para se deslocar ao hospital. Uma outra senhora, amiga da família, era quem mais cuidava do senhor M.

Este senhor realizava Fisioterapia com o intuito de promover a sua autonomia nas AVD's, nomeadamente por diminuição do cansaço ao executá-las. Realizava cinesioterapia respiratória, massagem com técnicas especiais, mobilização articular manual, reeducação do equilíbrio dinâmico na posição de pé e treino de marcha.

Sem sinais de dificuldade respiratória e com sinais vitais estáveis e considerados dentro dos parâmetros habituais para o doente o senhor M. teve alta para uma instituição. A esposa entre a alta para casa com apoio domiciliário e a alta para uma instituição decidiu assim.

Caso Clínico X

A **senhora C.**, de 84 anos, viúva, reside com a sua única filha e genro e frequenta o Centro de Dia.

Diagnóstico de Demência Fronto Temporal feito há cerca de dois anos quando começou a manifestar alterações de comportamento – à noite achava que as novelas

saiam da TV e interagiam com elas, dizia que uma personagem a queria seduzir, tinha um discurso completamente deliriforme em relação ao Fernando Mendes e a outros personagens da televisão.

Foi internada em CP no contexto de agravamento global, com alterações marcadas de comportamento (períodos de verborreia/alucinações intensas/ períodos de delírio persecutório/místico), dificuldade na marcha e no controlo de esfíncteres, e recusa alimentar e da medicação.

Confusa, com grande labilidade emocional, alucinações e com grande angústia e ideias recorrentes de culpabilidade em relação à sua falecida mãe.

O objectivo da intervenção da Fisioterapia no caso da senhora C. era melhorar a sua mobilidade geral e em termos de marcha. Para tal fazia-se treino de algumas AVD'S, cinesiterapia correctiva postural, fortalecimento muscular manual, mobilização articular manual, reeducação do equilíbrio e treino de marcha. Com flutuações de comportamento, era colaborante nalgumas sessões e agressiva noutras, impossibilitando a sua realização.

É impossível “normalizar” o quadro quando se está na presença de uma doença evolutiva, mas após manutenção de períodos de agressividade e agitação matinal nos primeiros dias e apesar da dificuldade em encontrar equilíbrio ideal na medicação, foi alcançada contenção comportamental com alguma sonolência. Está contida, comunica com discurso pobre e tem ingesta razoável. Tem alta para a casa da filha com cuidadora para cuidados de higiene no domicílio.

Caso Clínico XI

O **senhor E.**, de 73 anos de idade, viúvo e com dois filhos vivos. Perdeu a esposa e um filho em 2009.

Foi internado por agravamento do estado geral condicionado por intercorrência infecciosa respiratória no contexto de demência avançada.

Antecedentes pessoais de Demência grave/avançada (degenerescência cortico-basal), Doença de Parkinson e actividade comicial. Acamado desde há 3 meses por perda progressiva de mobilidade/funcionalidade, totalmente dependente de terceiros para as AVD's e com escassa vida de relação, é cuidado pelos filhos com quem coabita.

Ao exame objectivo apresentava-se prostrado, reagia a estímulos dolorosos, não emitia discurso, respiração superficial com acessos de tosse com expectoração que mobilizava e deglutia, não cumpria ordens simples, tinha via oral disponível, mau estado geral, emagrecido, rigidez cervical e dos membros superiores e inferiores acentuada, amiotrofia global com perda de massa muscular, amplitudes articulares globalmente mantidas, mas adoptava posições de flexão.

Realizava Fisioterapia com o propósito de melhoria da condição respiratória e manutenção da mobilidade. Assim, era efectuada cinesioterapia respiratória, massagem com técnicas especiais e mobilização articular manual.

Dado o contexto grave e irreversível de base, optou-se por tratamento proporcionado e apropriado ao mesmo, tendo sido instituída terapêutica com vista à promoção de conforto. O doente melhorou das queixas respiratórias, porém a rigidez manteve-se, o que dificultou que houvesse condições para realizar levantar. Não manifestava esgar de desconforto álgico.

Os filhos apresentavam alguma limitação em integrar a gravidade da situação do pai e irreversibilidade da mesma. Mostravam-se relutantes em pedir apoio ao domicílio para o seu pai, querendo realizar tudo sozinhos quando este voltasse para casa.

O doente teve alta mantendo estado neurológico conhecido, sem intercorrências major e globalmente confortável com indicação para manter CP e tratamento proporcionado das intercorrências infecciosas (ou outras) que possam vir a surgir.

Caso Clínico XII

O **senhor V.**, de 88 anos de idade, viúvo e com uma filha.

Foi internado por prostração súbita, sem causa óbvia – hemodinamicamente estável, apirético e eupneico.

Desde há 4 meses acamado e completamente dependente, com incapacidade para a marcha. Tinha como diagnósticos prévios Demência de Alzheimer e neoplasia vesical (cirurgia+radioterapia+quimioterapia).

Previamente dependente para AVD'S, deambulava em cadeira de rodas com perda de marcha há cerca de 2 meses.

Internado em Medicina Interna, face ao estado clínico global do doente e não evidência de doença aguda que justificasse cuidados agudos, propuseram a transferência para a UCCP.

Enquanto esteve na UCP manteve-se sempre vigil, comunicativo, sem agitação ou inquietação e colaborante dentro das suas possibilidades, nomeadamente na Fisioterapia.

A filha era muito demandante e conflitiva. Exigiu que o pai fosse novamente transferido para a Medicina Interna porque não queria o pai em “Cuidados Paliativos”.

Caso Clínico XII

A **senhora F.**, de 82 anos, viúva.

Internada por Insuficiência Cardíaca Crónica descompensada com quadro de cansaço fácil e edema dos membros inferiores.

Tinha antecedentes pessoais de Demência Vascular e é dependente nas AVD's. Tem uma amiga de longa data que é a sua cuidadora.

Apresentava períodos de discurso confuso, mas respondia a questões simples. Era receosa às mobilizações com períodos de gemido inespecífico, referindo dor generalizada, mas inespecífica, não sendo capaz de a caracterizar.

Nas sessões de Fisioterapia realizava fortalecimento muscular manual, mobilização articular manual, reeducação do equilíbrio sentada e treino de marcha com apoio bilateral.

Inicialmente era pouco colaborante, com queixas constantes de cansaço que posteriormente esquecia, mas progressivamente foi melhorando e esforçando-se mais. Teve ganhos em termos de mobilidade e de marcha, ganhos estes condicionados pela insuficiência cardíaca, mas essencialmente pela parte psicológica/demencial.

Tinha um gato de peluche com quem interagira como se fosse um gato real.

Teve alta para o seu domicílio, continuando com o apoio da sua amiga cuidadora a viver com ela.

Apêndice 2 - tabelas de extração de dados dos artigos da revisão da literatura

1	Título do artigo	<i>A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal.</i>		
	Autores	Marques, C. & Barbosa, M.		
	Referência	Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Lisboa	Ano	2010
			País	Portugal
	Participantes	40 doentes com 65 ou mais anos de idade, não comunicantes e com doença terminal.	Desenho do Estudo	Estudo prospectivo, aleatorizado e controlado
	Intervenções	<p>O grupo experimental (n=20) foi submetido a fisioterapia convencional (respiratória e motora) e a massagem terapêutica. O grupo de controlo (n=20) foi submetido apenas a fisioterapia convencional.</p> <p>Todos os participantes foram sujeitos a três séries de cinco sessões de tratamento, realizadas sempre por um mesmo fisioterapeuta, durante um período de três semanas.</p> <p>Na fisioterapia respiratória foram realizadas técnicas facilitadoras da desobstrução brônquica e da re-expansão do tecido pulmonar e na fisioterapia motora foram realizados movimentos articulares nas ancas, joelhos, tornozelos e pés e nos ombros, cotovelos, punhos e mãos. A duração dos tratamentos foi de cerca de 25 minutos.</p> <p>A massagem terapêutica consistiu numa massagem suave relaxante ao tronco e membros, utilizando principalmente o afloramento e o amassamento lento. A duração da massagem foi de 25 minutos.</p>		
	Resultados	<p>Entre as avaliações inicial e final do estudo foi observada uma redução significativa da intensidade da dor, tanto no grupo experimental ($p < 0,001$) como no grupo de controlo ($p < 0,001$). Esta redução foi contudo mais significativa no grupo experimental do que na do grupo de controlo ($p < 0,001$).</p> <p>Os resultados deste estudo sugerem que tanto a fisioterapia convencional (<u>fisioterapia respiratória</u> e <u>fisioterapia motora</u>), como a fisioterapia convencional associada à <u>massagem terapêutica</u> conseguem aliviar a dor em idosos não comunicantes com doença terminal.</p> <p>Assim, a massagem terapêutica como tratamento complementar da fisioterapia convencional pode ser um recurso eficaz no alívio da dor em doentes idosos não comunicantes com doença terminal.</p> <p>Resultados da comparação:</p> <p>A massagem terapêutica como tratamento complementar da fisioterapia convencional, é mais eficaz do que apenas a fisioterapia convencional no alívio da dor em idosos não comunicantes com doença terminal.</p>		

Comparações	Comparação entre Fisioterapia convencional (respiratória e motora) e Fisioterapia convencional complementada com massagem terapêutica.		
2	Título do artigo	<i>Benefícios de un programa de ejercicio de fuerza para la mejora de la calidad de vida del hombre con cáncer de próstata.</i>	
	Autores	Serdà, B.C. [et al.]	
	Referência	PSICOONCOLOGÍA; 6(1); p.211-226.	Ano País 2009 Espanha
	Participantes	36 homens em fase de tratamento de cancro da próstata com média de idade de 72 anos	Desenho do Estudo Estudo empírico de natureza mista
	Intervenções	<p>Estudo quantitativo</p> <p>Os participantes realizaram um programa de exercício físico individualizado de força-resistência muscular com a duração de 24 semanas (16 semanas de fase experimental e 8 semanas de trabalho autónomo).</p> <p>A frequência de trabalho era de 2 sessões semanais. Em cada sessão era realizada 1 ou 2 séries de 8 a 12 repetições de nove exercícios correspondentes a quadríceps, peitoral, isquiotibiais, deltoides, abdominais hipopressivos, bíceps, tríceps e dois dorsais. Adicionalmente era efetuado um trabalho de consciência e controlo da musculatura do solo pélvico e o posterior reforço a partir do trabalho originado na musculatura saudável com transmissão de energia desde a musculatura sã até à zona muscular do solo pélvico.</p> <p>A intensidade do trabalho era entre um 50% e um 70% do 1 RM previamente calculado com o teste de Lander. Era obrigatório não ultrapassar o limiar dos 70% do 1RM para não favorecer a secreção de testosterona. A progressão ascendente ocorria com o incremento consecutivo de repetições, series e peso. O incremento de peso semanal não ultrapassava os 10% do 1 RM.</p>	
	Resultados	<p>Estudo quantitativo</p> <p>Observou-se uma melhoria significativa dos sintomas incontinência e dor ($p < 0,001$).</p> <p>Este estudo demonstrou como o exercício de força-resistência melhora significativamente a qualidade de vida do doente. Tal deve-se fundamentalmente à melhoria dos sintomas incontinência urinária e dor.</p> <p>Assim pode-se afirmar que está cientificamente demonstrada a eficácia de um <u>programa de exercício físico de força adaptado aos sintomas</u> da doença e tratamento do cancro da próstata para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.</p>	

	Estudo qualitativo		
	Curioso observar que os participantes identificaram a dor como o sintoma mais relevante e com maior impacto sobre a sua vida quotidiana.		
Comparações	Não existem		
3	Título do artigo	<i>Evaluation of the clinical effectiveness of physiotherapeutic management of lymphoedema in palliative care patients</i>	
	Autores	Clemens, K.E. [et al.]	
	Referência	Japanese Journal of Clinical Oncology; 40(11); p.1068–1072.	Ano 2010 País Alemanha
	Participantes	90 pacientes com cancro avançado ou esclerose lateral amiotrófica, admitidos numa unidade de Cuidados Paliativos, com edema linfático e submetidos a drenagem linfática manual	Desenho do Estudo Estudo retrospectivo
	Intervenções	<p>A drenagem linfática manual era iniciada assim que a terapia com opióides e co-analgésicos estivesse ajustada. A drenagem era efectuada diariamente até ao momento de alta ou até que a sua execução fosse compatível com o estado do doente.</p> <p>Em média ocorreram 7.0 intervenções, cada uma com uma duração média de 41,3 minutos (dependendo da região corporal afetada).</p> <p>A intensidade da dor e dispneia eram avaliadas no início e no fim de cada sessão de tratamento.</p>	
	Resultados	<p>A <u>drenagem linfática manual</u> foi bem tolerada em 92,2% dos pacientes. A redução do edema linfático foi documentada como “pequena” por 18,9% dos doentes, como “moderada” por 64,4% e como “boa” por 16,7%, sendo que ninguém assinalou a categoria “nula”.</p> <p>A maioria dos pacientes demonstrou melhorias clinicas ao nível da intensidade dos sintomas após a drenagem linfática manual.</p> <p>94,0% dos doentes manifestaram melhorias clinicamente relevantes em termos de dor e 73,9% relativamente à dispneia.</p> <p>Em quase todos os pacientes se verificou uma redução significativa entre os valores de intensidade da dor medidos imediatamente antes das duas primeiras sessões de drenagem.</p> <p>Nos casos em que existia uma componente de dor neuropática verificou-se um incremento de dor durante a terapia manual, tendo a mesma de ser suspensa durante ou após o primeiro tratamento.</p>	

	Estes achados sugerem que uma intervenção fisioterapêutica com drenagem linfática manual poderá aumentar o controlo da dor e de outros sintomas em pacientes em Cuidados Paliativos com edema linfático.
Comparações	Não existem.
Limitações	O tipo de estudo – escolhido por razões éticas. Não formaram um grupo de controlo, pois não queriam que ninguém fosse privado de drenagem linfática manual. Não conseguir excluir a influência da terapia farmacológica na intensidade da dor e dispneia.

4	Título do artigo	<i>A Cochrane systematic review of transcutaneous electrical nerve stimulation for cancer pain.</i>		
	Autores	Robb, K. [et al.]		
	Referência	Journal of Pain and Symptom Management; 37(4); p.746-753.	Ano	2009
			País	Inglaterra
	Objectivo	Determinar a eficácia do TENS na dor por cancro.	Desenho do Estudo	Revisão Sistemática da Literatura
	Bases de Dados	The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsychINFO, AMED e PEDro.		
	Descritores	Ensaio clínico aleatorizado e controlado que investigassem o uso do TENS para o tratamento da dor por cancro. Dos 43 estudos identificados no total, apenas dois cumpriram os critérios para serem incluídos na revisão.		
	Resultados	Os resultados desta revisão sistemática foram inconclusivos. Ambos os estudos falharam na demonstração da eficácia do <u>TENS</u> quando comparados com placebo. Para tal contribuiu o número reduzido das amostras dos estudos. Não há evidência disponível suficiente para tomar decisões acerca do uso do TENS em pacientes com dor por cancro ou por tratamentos relacionados com o cancro. É necessária mais investigação.		

5	Título do artigo	<i>Massage therapy for cancer palliation and supportive care: systematic review of randomised clinical trials.</i> <i>a</i>		
	Autores	Ernst, E.		
	Referência	Supportive Care in	Ano	2009

	Cancer; 17(4); p.333-337.	País	Inglaterra
Objectivo	Avaliar criticamente todos os estudos clínicos randomizados disponíveis sobre massagem em palição no cancro.	Desenho do Estudo	Revisão Sistemática da Literatura
Bases de Dados	MEDLINE, EMBASE, CINAHL, British Nursing Index, AMED e The Cochrane Library.		
Descritores	<p>Massage or massotherapy or masso-therapy or self-massage or soft-tissue mobilization or soft tissue mobilisation or soft-tissue manipulation or soft tissue manipulation; Cancer or neoplasm; Palliat* or support*; randomised or randomized or trial.</p> <p>14 estudos cumpriram todos os critérios de inclusão.</p>		
Resultados	<p>Esta revisão forneceu evidência para o uso da <u>massagem</u> clássica (tratamento manual através de <i>effleurage</i>, <i>friction</i>, <i>percussion</i> e <i>petrissage</i>) no âmbito dos cuidados paliativos.</p> <p>Os resultados mostram que os efeitos produzidos pela massagem são pequenos ou moderados, ao contrário do que seria expectável. Muitos <i>experts</i> esperavam que a massagem enquanto complemento para os cuidados paliativos habituais gerasse efeitos enormes. Apesar destes resultados os autores focam que mesmo os efeitos moderados podem ser valiosos para pacientes cujo sofrimento é muito severo e que a quase total ausência de efeitos adversos associados à massagem são dois aspetos que merecem ser considerados face à sua utilização.</p> <p>Assim, a informação disponível no momento sugere que a massagem pode ser um complemento efetivo para a palição no cancro. Contudo, não podem ser tomadas conclusões definitivas porque, por exemplo, a maioria dos estudos disponíveis apresenta uma metodologia pobre. Há assim a necessidade de desenvolver estudos mais rigorosos face à potencialidade da massagem.</p>		

6	Título do artigo	<i>Massage therapy for fibromyalgia symptoms.</i>		
	Autores	Kalichman, L.		
	Referência	Rheumatology International; 30(9); p.1151-1157.	Ano País	2010 Israel
	Objectivo	Determinar se a massagem pode ser um tratamento viável para os sintomas da fibromialgia.	Desenho do Estudo	Revisão Sistemática da Literatura
	Bases de Dados	PubMed, CINAHL, PEDro, ISIWeb of Science e Google Scholar.		

	Também foram pesquisadas as listas de referências de todos os artigos utilizados e consultados <i>experts</i> em reumatologia, fisioterapia e massagem para produzir esta revisão.
Descritores	Massage; massotherapy; self-massage; soft tissuemaniplulation; soft tissue mobilization; complementary medicine; fibromyalgia; fibrositis; myofascial pain. Foram analisados 8 estudos.
Resultados	A maioria da evidência disponível sustenta a suposição de que a <u>massagem</u> é benéfica para doentes com fibromialgia. Todos os estudos revistos mostraram benefícios a curto-prazo da massagem e um deles demonstrou benefícios a longo-prazo. Com base nos artigos revistos os autores sugerem que a massagem em casos de fibromialgia tem de ser indolor, que a intensidade deve ser aumentada gradualmente de sessão para sessão e de acordo com os sintomas dos doentes e que as sessões deverão ser efetuadas 1 a 2 vezes por semana. Contudo, é necessária pesquisa mais rigorosa para se poder confirmar esta suposição e verificar que a massagem é segura e eficaz. Igualmente necessária para estabelecer qual o tipo de massagem mais apropriado e a intensidade e frequência de execução da mesma.

7	Título do artigo	<i>Pain management in the elderly at the end of life.</i>		
	Autores	Dalacorte, R.R. [et al.]		
	Referência	North American Journal of Medical Sciences; 3(8); p.348-354.	Ano	2011
			País	Brasil
	Objectivo	O objectivo deste artigo é fazer uma revisão sobre o tratamento, farmacológico e não farmacológico, da dor nas pessoas idosas.	Desenho do Estudo	Revisão Sistemática da Literatura
	Bases de Dados	The Cochrane Library, MEDLINE e LILACS.		
	Descritores	Pain; elderly; end of life.		
	Resultados	Há evidências de subtratamento nas pessoas idosas. A associação de recursos não-farmacológicos com o tratamento farmacológico pode ajudar na redução do uso de analgésicos, minimizando os efeitos colaterais da medicação a longo prazo. Não existem recomendações específicas sobre o uso de terapias complementares e alternativas a longo prazo e apesar de a sua eficácia		

permanecer não comprovada o seu uso não deverá ser desencorajado.

O papel dos fisioterapeutas nos Cuidados Paliativos é primariamente definido pela opinião de *experts*, que não é apoiada por evidência de boa qualidade. Contudo, uma ausência de evidência por pesquisa não significa que um tratamento é ineficaz, apenas que ainda não há certezas.

A manutenção ou melhoria da qualidade de vida e melhorias significativas ao nível da dor são notadas em pacientes que receberam fisioterapia em níveis otimizados de tempo e de recursos.

As técnicas da Fisioterapia utilizadas no controlo da dor são:


-a massagem – o toque é provavelmente o método mais antigo para aliviar a dor e desconforto. A massagem terapêutica pode ser usada para reduzir os espasmos musculares, aliviar a dor, promover o relaxamento e manter a amplitude articular;

-o frio/calor – se a sensibilidade cutânea estiver normal e o tecido intacto, a aplicação local de calor e frio pode ser usada para reduzir espasmos e sobre pontos gatilho miofasciais;

-as modalidades eletrofísicas – a estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS) é a única modalidade elétrica recomendada para uso na presença de doenças neoplásicas ativas. Ultrassom, interferencial ou diatermia por ondas curtas pulsadas são terapêuticas que aliviam a dor e os espasmos musculares mas que só podem ser usadas em tecido normal e em pacientes sem cancro.

-o exercício – realizar atividade física com regularidade reduz a dor e melhora a capacidade física de idosos com dor persistente.

Apêndice 3 - Poster - 3ª Jornada de Fisioterapia em Cuidados Continuados




Gonçalves, A. *
Sapeta, P. **

*Fisioterapeuta, Mestranda de 1ª Especialidade em Cuidados Paliativos da ESALD;
**Professora Coordenadora do 1º Mestrado em Cuidados Paliativos da ESALD

Idosos com dor crónica: intervenções da Fisioterapia no âmbito dos Cuidados Paliativos

3ª Jornada de Fisioterapia em Cuidados Continuados
"Criar Redes, Partilhar Caminhos"
10-11 de Maio de 2013
Real Abadia Congress & Spa Hotel, Aveiro



INTRODUÇÃO:

A dor crónica é muito comum.

As pessoas vivem cada vez mais anos, acumulam doenças crónicas e vivenciam muita dor, especialmente na fase final da vida.

A dor e as suas consequências acarretam sofrimento, com a decorrente perda de qualidade de vida.

O Fisioterapeuta pode intervir para promover o controlo de dor - adaptando a sua intervenção às especificidades do âmbito dos Cuidados Paliativos e tendo sempre como meta o conforto do idoso com dor crónica, o principal objetivo dos Cuidados Paliativos.

OBJETIVO: Identificar as técnicas da Fisioterapia utilizadas em idosos com dor crónica no âmbito dos Cuidados Paliativos.

RELEVÂNCIA: Desenvolver uma prática baseada na evidência.

MÉTODOS

Pesquisa, em Agosto e Setembro de 2012, nas bases de dados B-On e Pubmed, de artigos publicados entre 2009 e 2012 utilizando os descritores de pesquisa idoso, dor crónica, Fisioterapia e Cuidados Paliativos. Pesquisa no motor de busca Google.

Remoção de artigos em duplicado e leitura do abstract dos mesmos tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão.

Leitura integral dos artigos tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão.

E ainda leitura de alguns periódicos em papel e consulta da bibliografia dos artigos selecionados.

CRITÉRIOS

INCLUSÃO

- Ser um estudo
- empírico e de natureza qualitativa, quantitativa ou misto;
- publicado em língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola;
- que tenha sido publicado entre 2009 e 2012;
- que, mesmo não fazendo referência direta a Cuidados Paliativos se enquadre no seu âmbito, ao recair sobre a dor crónica decorrente de "uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado", visto que são escassos os estudos que abordam simultaneamente a Fisioterapia e os Cuidados Paliativos;

EXCLUSÃO

- Ser um estudo
- que não se foque no controlo da dor crónica e que incida apenas sobre o controlo da dor aguda;
- em que os participantes não sejam idosos;
- que incida sobre a ecunatura ou a quiroprática, pelo o objeto deste estudo diz respeito à intervenção da Fisioterapia e as referidas técnicas não são específicas, nem exclusivas da Fisioterapia, apesar de serem utilizadas por alguns Fisioterapeutas.

RESULTADOS

574 ARTIGOS

50 ARTIGOS


SELECIONARAM-SE 7 ARTIGOS

- "A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal."
- "Beneficios de un programa de ejercicio de fuerza para la mejora de la calidad de vida del hombre con cáncer de próstata."
- "Evaluation of the clinical effectiveness of physiotherapeutic management of lymphoedema in palliative care patients."
- "A Cochrane systematic review of transcutaneous electrical nerve stimulation for cancer pain."
- "Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials."
- "Massage therapy for fibromyalgia symptoms."
- "Pain management in the elderly at the end of life."

Quais as intervenções do fisioterapeuta no idoso com dor crónica no âmbito dos Cuidados Paliativos?

Massagem
TENS
Exercício
Drenagem Linfática Manual

DISCUSSÃO e CONCLUSÃO: Foram identificadas diversas formas de intervenção da Fisioterapia utilizadas em idosos com dor crónica no âmbito dos Cuidados Paliativos. Contudo foi analisado um número reduzido de estudos e os mesmos não apresentaram resultados conclusivos nem evidência significativa que permita afirmar com segurança se as intervenções focadas são ou não eficazes. Verificou-se assim que **HÁ A NECESSIDADE DE MAIS ESTUDOS RIGOROSOS** que se debruçam sobre a intervenção da Fisioterapia em idosos com dor crónica no âmbito dos Cuidados Paliativos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LEARMON, H. D. et al. (2010) Evaluation of the clinical effectiveness of physiotherapeutic management of lymphoedema in palliative care patients. *Supportive Care in Cancer* 18(12): p.1969-1972.

SALACRISTE, M. (et al.) (2011) Pain management in the elderly at the end of life. *North American Journal of Medical Sciences* 1(2): p.154-155.

FRANK, J. (2009) Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomized clinical trials. *Supportive Care in Cancer* 17(4): p.433-437.

SALICRISTE, M. (2010) Massage therapy for fibromyalgia symptoms. *Physiotherapy International* 15(7): p.515-516.

MARQUES, C. & BARREIRA, M. (2010) A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal. *Revista de Mestrado em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina de Coimbra, Lisboa.*

ROBB, A. (et al.) (2009) A Cochrane systematic review of transcutaneous electrical nerve stimulation for cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 37(6): p.740-750.

SAPETA, P. (et al.) (2010) Benefícios de um programa de exercício de força para a melhoria da qualidade de vida do homem com câncer de próstata. *Physiotherapy* 90(1): p.113-118.

Apêndice 4 - Cartazes de sensibilização



DOR

A dor é considerada o **5º sinal vital** pois representa
*“um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo
e fundamental para o diagnóstico e monitorização
de inúmeras patologias”*

(Direcção-Geral da Saúde, 2008).



DOR

SE SENTE DOR NÃO A ESCONDA, MANIFESTE-A AOS PROFISSIONAIS

Apêndice 5 - Carta convite para o workshop

Exm. #

Enf. _____

Castelo Branco, 10 de Fevereiro de 2013

Assunto: Convite para participação no "Workshop: avaliação da intensidade da dor"

Ângela Gonçalves, fisioterapeuta e aluna do 1^o Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, vem por este meio convidá-lo a participar num workshop subordinado à temática da avaliação da intensidade da dor. Esta formação tem como objetivo principal criar as normas orientadoras da avaliação da intensidade da dor e nela serão abordados, entre outros conteúdos, a avaliação da dor e os instrumentos de avaliação da intensidade da dor. Irão ser adotadas metodologias letivas de exposição oral direta e visual e metodologias de interação, promovendo a reflexão individual e em grupo. As metodologias de avaliação serão baseadas na observação e no questionamento oral.

Contamos com a sua presença no dia 26 de Fevereiro, das 14 horas às 17 horas, nas instalações do Lar de S. Tomás, em local a designar.

Com os melhores cumprimentos

angela_spg@clis.pt



Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias
14.000-000




"Os Indufraçoi", 2011, Carlos Parreira

Apêndice 6 - Planeamento do Workshop: avaliação da intensidade da dor

<i>Plano da Sessão (3horas)</i>					
<i>Objectivos específicos</i>	<i>Conteúdos</i>	<i>Recursos necessários</i>	<i>Metodologia lectiva</i>	<i>Metodologia de avaliação</i>	<i>Tempo lectivo</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução <ul style="list-style-type: none"> ▪ apresentação do formador e formandos ▪ exposição do tema e dos objectivos do workshop ▪ exibição da bibliografia recomendada ▪ Cuidados Paliativos 	Computador, powerpoint e TV; exemplares da bibliografia recomendada.	Metodologia expositiva (O+V) e interactiva.	Observação e questionament o oral.	15''
Que os formandos sejam capazes de valorizar a importância da dor enquanto 5º sinal vital.	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução ao tema <ul style="list-style-type: none"> ▪ conceito de dor ▪ avaliação da dor 	Computador, powerpoint e TV.	Metodologia expositiva (O+V) e interactiva.	Observação e questionament o oral.	30''
Que os formandos sejam capazes de reconhecer os benefícios da avaliação da intensidade da dor.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da intensidade da dor <ul style="list-style-type: none"> ▪ dificuldades ▪ benefícios 	Computador, powerpoint e TV.	Metodologia expositiva (O+V) e interactiva.	Observação e questionament o oral.	30''
Que os formandos sejam capazes de distinguir diferentes instrumentos de avaliação da intensidade da dor.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de avaliação da intensidade da dor <ul style="list-style-type: none"> ▪ para pessoas verbais ▪ para pessoas não verbais 	Computador, powerpoint e TV.	Metodologia expositiva (O+V) e interactiva.	Observação e questionament o oral.	30''

<p>Que os formandos sejam capazes de se envolver no processo de implementação da avaliação da intensidade da dor de acordo com as normas por eles estabelecidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normas orientadoras <ul style="list-style-type: none"> ▪ que instrumentos? ▪ quando aplicar? ▪ como registar? 	<p>Computador, powerpoint e TV; cópias dos artigos, folhas em branco e canetas.</p>	<p>Metodologia expositiva (O+V) e interactiva; Técnica de reflexão individual (tarefa 1) e em grupo (tarefa 2).</p>	<p>Observação e questionament o oral.</p>	<p>1'</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese de ideias • Avaliação pedagógica • Conclusão 	<p>Computador, powerpoint e TV; CD's com artigos da bibliografia recomendada; folhas de avaliação pedagógica.</p>	<p>Metodologia expositiva (O+V) e interactiva.</p>	<p>Observação e questionament o oral.</p> <p>Avaliação pedagógica da acção formativa.</p>	<p>15''</p>

Apêndice 7 - Folha de análise dos artigos

<p>Título: _____</p>	
<p>Que instrumentos?</p>	
<p>Quando aplicar?</p>	
<p>Como registrar?</p>	
<p>Outras observações importantes....</p>	

Apêndice 8 - Folha de presenças

Workshop

AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR




FOLHA DE PRESENÇAS

Formando		
Nome	Rubrica	E-mail
Enf. Ana Lúcia Varanda Lopo		
Enf. Cátia Sofia Ribeiro Pereira		
Dr. Roman Marquez de La Penã		
Dr.ª Teresa Parra		

Castelo Branco, 26 de Fevereiro de 2013

O Formador

Apêndice 9 - Folha de avaliação pedagógica

Workshop AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR		
AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA DA ACÇÃO FORMATIVA		
Por favor indique:		
* o seu grau de satisfação com a formação (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)		
Nada satisfeito		Totalmente satisfeito
* o que considerou de mais positivo na formação	* o que considera que poderia ser melhorado na formação	
* o seu grau de satisfação com o desempenho do formador (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)		
Nada satisfeito		Totalmente satisfeito
* o que considerou de mais positivo no desempenho do formador	* o que considera que poderia ser melhorado no desempenho do formador	
* se considera que os objectivos da formação foram concretizados (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)		
Nada concretizados		Totalmente concretizados
* a importância desta formação para a sua prática profissional (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)		
Mínima		Máxima
* a sua intenção de mudança na prática profissional após esta formação (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)		
Mínima		Máxima
* em que medida esta formação terá aplicação prática no desempenho das suas funções enquanto profissional (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)		
Mínima		Máxima
Outras observações/ sugestões		

Apêndice 10 - Apresentação do workshop “Avaliação da Intensidade da Dor”




Objetivo geral

Criar as normas orientadoras da avaliação da intensidade da dor.

Objetivos específicos

Que os formandos:

- fiquem sensibilizados para a importância da dor enquanto 5.º sinal vital;
- sejam capazes de reconhecer os benefícios da avaliação da intensidade da dor;
- conheçam diferentes instrumentos de avaliação da intensidade da dor;
- se envolvam no processo de implementação da avaliação da intensidade da dor de acordo com as normas por eles estabelecidas.



Conteúdos

Dor

- conceito de dor
- avaliação da dor

Avaliação da Intensidade da Dor


- dificuldades
- benefícios

Instrumentos de Avaliação de Intensidade da Dor

- para pessoas verbais
- para pessoas não verbais

Normas Orientadoras

- que instrumentos?
- quando aplicar?
- como registar?



Bibliografia


Direção-Geral da Saúde. (2005). *A Dor como 5.º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa N.º 09. Lisboa: DGS/DGCG.

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Orientação N.º 015/2010. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa N.º 11. Lisboa: DGS/DPCD.

International Association for the Study of Pain. (2010). *Guide to pain management in low-resource settings*. Seattle: IASP.

Herr, K. [et al.] (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52.



Bibliografia

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – guia orientador de boa prática*. Cadernos OE, série I número 1.

Barbosa, A. & Neto, I. G. (2010). *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Twycross, R. (2005). *Cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor – www.eped-dor.org

International Association for the Study of Pain – www.iasp-pain.org

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – www.apcp.com.pt



Cuidados Paliativos

Definição

Em 2002, a OMS definiu-os como:

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

Todas as pessoas com doenças crónicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida limitado, são candidatas a Cuidados Paliativos.

Princípios

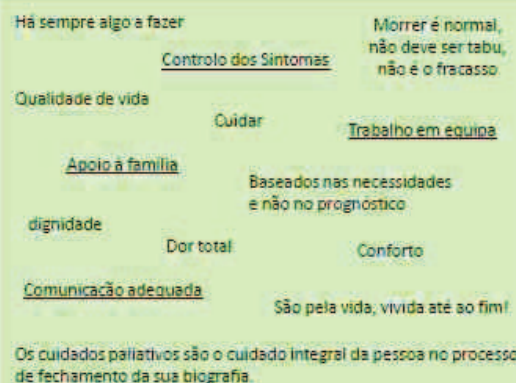
- Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;
- Encara a doença como causa de sofrimento a minorar;
- Considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;
- Reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;

Princípios

- Considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- Assenta na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;

Princípios

- É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- Centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- Só é prestada quando o doente e a família a aceitam;
- Respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- É baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.





Conceito de dor

A Associação Internacional para o Estudo da Dor definiu, em 1979, a dor como sendo uma

“experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão”

DOR TOTAL
=
Dor física
+
Dor psíquica
+
Dor social
+
Dor espiritual

Classificação da Dor

Dor crónica		Dor Irruptiva
Dor aguda		Dor Incidental
Dor nociceptiva		Leve
Dor neuropática		Moderada
Dor Psicogénica		Severa

DURAÇÃO

Dor crónica

Dor que perdura para além do período de cura, com níveis de patologia identificáveis muitas vezes baixos e insuficientes para explicar a presença e/ou a gravidade da dor.

Dor persistente que perturba o sono e a vida normal, não servindo uma função protetora degradando a saúde e capacidade funcional.

Dor presente por mais de 3-6 meses

Ex: Osteoartrite; Fibromialgia; Cefaleias; Dor do membro fantasma...

DURAÇÃO

Dor aguda

Experiência complexa, desagradável, com características emocionais, cognitivas e sensoriais que ocorre em resposta a uma lesão tecidual.

Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causa.

Exemplos: Trauma; Cirurgia; Parto; Procedimentos médicos; Doença aguda...


ORIGEM

Dor nociceptiva

Causada pela ativação dos nociceptores A e C em resposta a um estímulo lesivo (trauma, doença, inflamação).

Podem ser:

- Dor visceral - se iniciada nos órgãos viscerais
- Dor somática - se iniciada na pele, músculos, cápsulas articulares e osso




ORIGEM

Dor neuropática

Causada pelo processamento anormal no sistema nervoso periférico ou central.

Resulta de lesão ou deficiência neurológica consequência de trauma, inflamação, doenças metabólicas, infeções, tumores, tóxicos, ...




ORIGEM

Dor Psicogénica

É uma sensação dolorosa que não tem base orgânica, sendo uma dor de origem totalmente mental – psiquiátrica.

É muito rara.




Dor Irruptiva

É uma exacerbação transitória de dor que ocorre subitamente sobre um quadro algíco de base.

Surge sem qualquer causa desencadeante e sem previsibilidade.


Muito comum em casos oncológicos.



Dor Incidental

Surge de forma previsível, quer por movimentos voluntários quer por processos fisiológicos como a tosse ou a defecação.

Existe a possibilidade de medidas terapêuticas de antecipação.



INTENSIDADE

Leve

Moderada

Severa

0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

....





Manifestações de dor

mau-estar

sofrimento

agonia

formigueiro

Verbalizar que tem dor

magoado

moinha, queimor,...

Manifestações de dor

a expressão facial
(esgaras,...)

Manifestações de dor

os movimentos corporais
(encolher-se, imobilidade, agitação,...)

Manifestações de dor

as verbalizações ou vocalizações
(gritos, mudanças nas vocalizações, ...)

Manifestações de dor

comportamento
(mudança no padrão habitual de interações, alterações do estado mental, agitação psicomotora, ...)

5º sinal vital

Atendendo a que:

- a) A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.
- b) O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.
- c) Existem, atualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor.

Direcção-Geral de Saúde (2005). A Dor como 5º sinal vital: alguns princípios de intervenção da Dor. Circular Normativa N.º 26, Lisboa, 19/12/2005.

5º sinal vital

Atendendo a que:

- d) Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no Plano Nacional de Luta Contra a Dor.
- e) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.
- f) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Direcção-Geral de Saúde (2005). A Dor como 5º sinal vital: alguns princípios de intervenção da Dor. Circular Normativa N.º 26, Lisboa, 19/12/2005.

5º sinal vital

....
A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente Circular, a "Dor como o 5º sinal vital".

Direcção-Geral de Saúde (2005). A Dor como 5º sinal vital: alguns princípios de intervenção da Dor. Circular Normativa N.º 26, Lisboa, 19/12/2005.

Então o sermão está a ser muito chato???



AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR




Dificuldades

- A dor é subjetiva
- Carga suplementar de trabalho
- Obstáculos na comunicação com o utente (não verbal, demência, não compreende escala,...)
- Falta de informação sobre avaliação da intensidade da dor
- Aplicabilidade e compreensão dos métodos de avaliação
- Necessidade de tornar visível os registos




Benefícios



- Identificar os utentes que necessitam de tratamento para a dor
- Controlar a dor
- Facilitar o seguimento do doente (através de comparações intraindividuais dos valores que vão sendo obtidos ao longo do tempo)
- Controlar a eficácia do tratamento instaurado e facilitar a tomada de decisão (sintonia entre os objetivos definidos e os procedimentos aplicados)
- Continuidade dos cuidados

Benefícios



- Aumentar a satisfação dos profissionais (porque observam o progresso)
- Melhorar a comunicação entre profissional e utente (o utente consegue exprimir a sua dor; o profissional consegue objetivar a dor do utente)
- Melhorar a comunicação entre profissionais (uma linguagem comum, circulação de informação, ...)
- Melhorar a qualidade dos registos
- Satisfação dos utentes (pela melhoria na comunicação, pelo controlo da dor, ...)

Instrumentos de avaliação da intensidade da dor

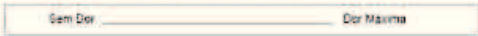
Há capacidade de colaboração ativa do utente?

SIM
(auto-avaliação)

- Escala Visual Analógica
 - Escala Numérica
 - Escala das Faces
 - Escala Qualitativa
 -

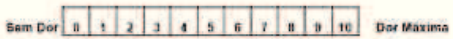
Escala Visual Analógica (EVA)

- Uma linha reta com 10 centímetros (pode ser apresentada sob a forma escrita – traçada num papel – ou como régua com um cursor)
- Os extremos significam "sem dor" e "dor máxima"
- O utente tem de marcar na linha o ponto (um traço vertical face à linha horizontal) que representa a intensidade da dor sentida
- O profissional tem de medir (algumas régua têm por trás o valor e não é preciso medir) a distância entre a extremidade "sem dor" e a marca feita pelo utente → esse valor corresponde à intensidade da dor do utente.
- Pode ser inapropriada para pessoas com baixo nível de educação ou com alterações cognitivas ou visuais.
- 10 a 20% dos doentes não a entendem



Escala Numérica

- A intensidade da dor é quantificada usando números de 0 a 10 (é uma escala de 11 pontos).
- O ponto 0 (zero) representa: "ausência de dor", "sem dor", "nenhuma dor" – e o 10 (dez) representa: "a pior dor possível", "dor máxima". Os restantes números representam quantidades intermediárias de dor.
- Pode ser aplicada gráfica ou verbalmente.
- Uma proporção considerável de idosos tem dificuldades em utilizar esta escala pois existe a necessidade de domínio das propriedades aritméticas.
- É usada com muita frequência e é fácil de compreender.



Escala DOLOPLUS 2

(adaptada cultural e linguística por Herculina Guarda, 2006)

- Escala de observação do comportamento do utente em dez situações distintas, agrupadas em três dimensões de repercussão da dor (somática, psicomotora, psicossocial).
- Cada um dos dez itens pode ser pontuado de 0 (zero) a 3 (três) – o que representa um aumento da intensidade da dor.
- Uma pontuação total igual ou superior a 5 (cinco) confirma a presença de dor, sendo que a pontuação de 30 (trinta) corresponde ao máximo de dor.
- Em pessoas treinadas a escala demora cerca de cinco minutos a ser aplicada.
- Apenas para situações de dor crónica.

ESCALA DOLOPLUS					
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PRÁTICA CLÍNICA					
ITEM	Nome pessoa	PONTUAÇÃO			
Data: _____					
Serviço: _____					
Observações: _____					
NOME DO(A) AVALIADOR(A)					
ITEM	Descrição	0	1	2	3
1	1.1. Estado somático				
2	2.1. Estado psicossocial				
3	3.1. Estado psicomotora				
4	4.1. Estado somático				
5	5.1. Estado psicossocial				
6	6.1. Estado psicomotora				
7	7.1. Estado somático				
8	8.1. Estado psicossocial				
9	9.1. Estado psicomotora				
10	10.1. Estado somático				
TOTAL					

ESCALA DOLOPLUS 2					
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PRÁTICA CLÍNICA					
ITEM	Descrição	0	1	2	3
1	1.1. Estado somático				
2	2.1. Estado psicossocial				
3	3.1. Estado psicomotora				
4	4.1. Estado somático				
5	5.1. Estado psicossocial				
6	6.1. Estado psicomotora				
7	7.1. Estado somático				
8	8.1. Estado psicossocial				
9	9.1. Estado psicomotora				
10	10.1. Estado somático				
TOTAL					

Há capacidade de colaboração ativa da pessoa ?

SIM
(auto-avaliação)

- Escala Visual Analógica
- Escala Numérica
- Escala das Faces
- Escala Qualitativa

NÃO
(hetero-avaliação)

- Checklist of Non-Verbal Indicators
- Pain Assessment in Advanced Dementia
- DOLOPLUS 2

Se existir dor – avaliação da intensidade – há que completar essa avaliação

História da dor

- quando começou
- circunstâncias em que começou
- percurso e tratamentos efetuados para alívio da dor

Características da dor

- Localização
- Padrão de comportamento da dor, duração e evolução no tempo (contínua, intermitente, episódica, progressiva)
- Descrição da dor (picada, formigueiro, queima, ...)
- Intensidade

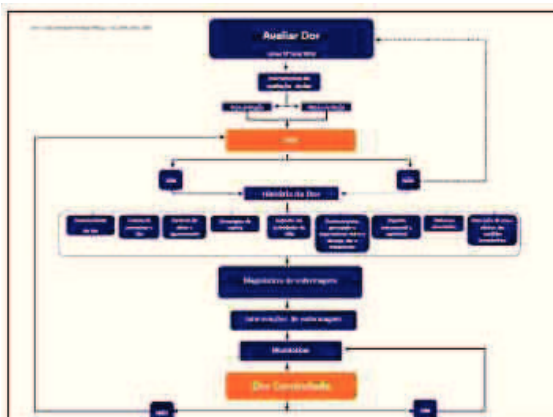
Se existir dor – avaliação da intensidade – há que completar essa avaliação

Fatores de alívio e agravamento

- Fatores que iniciam, aumentam ou diminuem a dor
- Limitações por causa da dor (interferências nas atividades da vida diária, limitações físicas, no trabalho, ...)

Antecedentes e patologias associadas
pessoais, familiares e experiências dolorosas

E, depois da informação dada pelo utente há ainda que fazer exame físico minucioso (neurológico, músculo-esquelético,...), avaliação do estado funcional, psíquico e social, se necessário exames complementares, etc.



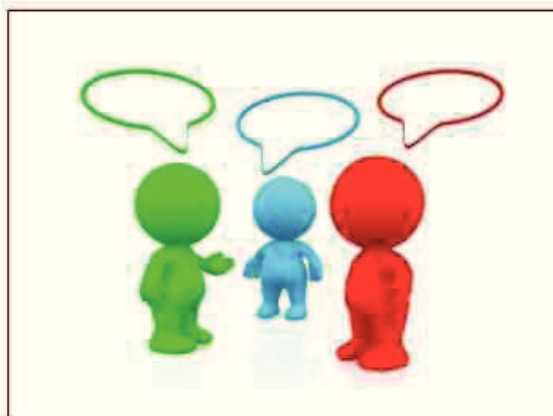
E nós?
Avaliamos a intensidade da dor?

**Avaliar
a
Intensidade da Dor**

Que instrumentos?
Quando aplicar?
Como registar?

**Avaliar
a
Intensidade da Dor**

Que instrumentos?
Quando aplicar?
Como registar?



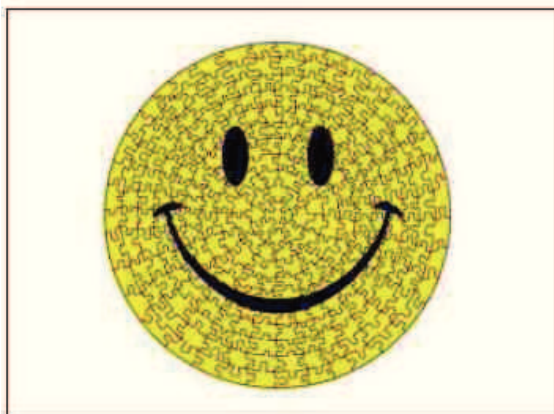
- ✓ Avaliar sempre no primeiro contacto.
- ✓ Avaliar de modo regular e sistemático (após as intervenções para avaliar a sua eficácia).
- ✓ Manter a mesma escala de avaliação da intensidade da dor em todas as avaliações do mesmo utente, exceto se a situação clínica deste justificar a mudança.
- ✓ Privilegiar a autoavaliação como fonte de informação.
- ✓ Escolher o instrumento de avaliação de acordo com as características do utente e com a facilidade de utilização.
- ✓ Criar folha de registo da intensidade da dor.



Avaliar a Intensidade da Dor



Que instrumentos?
Quando aplicar?
Como registar?



em síntese

A dor é o 5º sinal vital.

Os benefícios da avaliação da intensidade da dor superam as dificuldades.

Existem vários instrumentos de avaliação da intensidade da dor (de autoavaliação e de heteroavaliação).

Há que avaliar e registar a intensidade da dor com regularidade.




Objetivo geral



Criar as normas orientadoras da avaliação da intensidade da dor.

Objetivos específicos

Que os formandos:

- *fiquem sensibilizados para a importância da dor enquanto 5º sinal vital;
- *sejam capazes de reconhecer os benefícios da avaliação da intensidade da dor;
- *conheçam diferentes instrumentos de avaliação da intensidade da dor;
- *se envolvam no processo de implementação da avaliação da intensidade da dor de acordo com as normas por eles estabelecidas.




A
V
A
L
I
A
Ç
Ã
O

PEDAGÓGICA

Este formulário é destinado a ser preenchido pelo profissional de saúde que atua no âmbito dos cuidados paliativos, com o objetivo de avaliar a eficácia das intervenções de fisioterapia realizadas no âmbito dos cuidados paliativos.

Nome do paciente: _____

Idade: _____

Sexo: Masculino Feminino

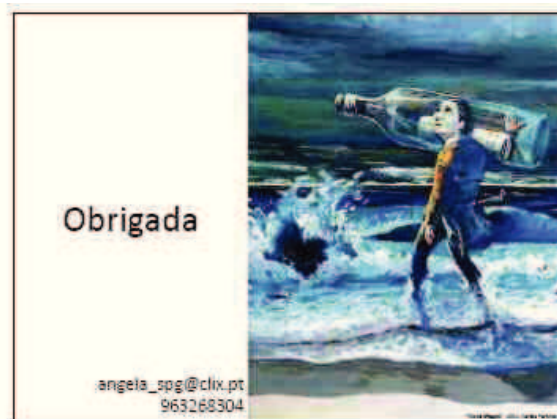
Local de atendimento: _____

Nome do profissional: _____

Função: _____

Assinatura: _____

Data: _____



Apêndice 11 - Cartaz de divulgação da formação em serviço: Dor e Comunicação

Formação em Serviço

DOR E COMUNICAÇÃO



DESTINATÁRIOS
Empregadas auxiliares
do Lar de S. Tomás

DATA
22 de Fevereiro e
1 de Março de 2013

HORÁRIO
14:00 às 16:00

LOCAL DA FORMAÇÃO
Lar de S. Tomás



"Sandstorm", 2011, Carlos Parinha

OBJETIVO PRINCIPAL
Sensibilizar os formandos para a importância da comunicação, verbal e não verbal, enquanto ferramenta face à dor.

CONTEÚDOS
Serão abordados, entre outros conteúdos, os conceitos de dor e de comunicação, as manifestações de dor, as competências básicas de comunicação e os benefícios da comunicação face à dor.

METODOLOGIA
Serão adotadas metodologias letivas de exposição oral direta e visual e metodologias de interação, promovendo a reflexão individual e em grupo.

AVALIACÃO
A avaliação basear-se-á na observação e no questionamento verbal.



FORMADOR
Ângela Gonçalves, Fisioterapeuta

FORMAÇÃO REALIZADA NO ÂMBITO DO 1º MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

angela_spg@clix.pt

Apêndice 12 - Planeamento da Formação em Serviço: dor e comunicação

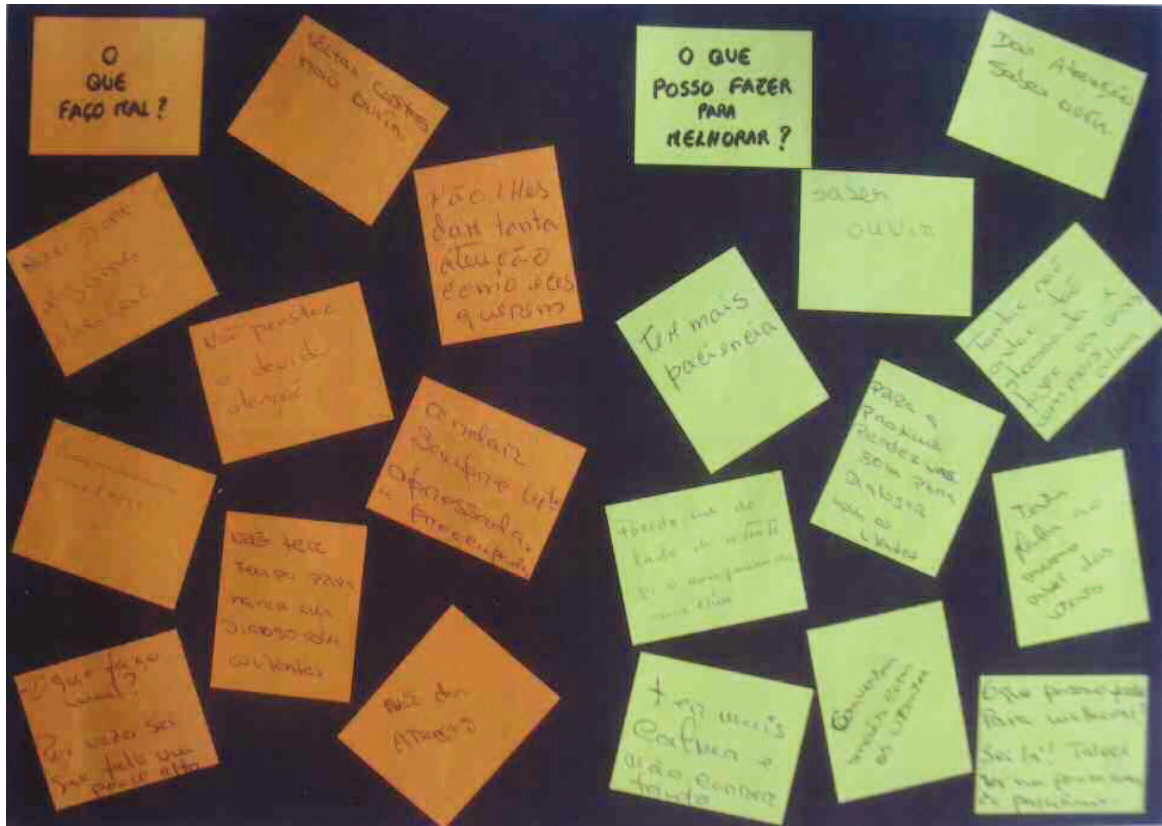
<i>Plano da Sessão I (2horas)</i>					
<i>Objectivos específicos</i>	<i>Actividades/conteúdos</i>	<i>Recursos necessários</i>	<i>Metodologia lectiva</i>	<i>Metodologia de avaliação</i>	<i>Tempo lectivo</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução <ul style="list-style-type: none"> ▪ apresentação do formador e formandos ▪ exposição do tema e dos objectivos da formação ▪ exibição da bibliografia recomendada ▪ Cuidados Paliativos 	Computador, powerpoint e TV; exemplares da bibliografia recomendada.	Metodologia expositiva (O+V) e interactiva.	Observação e questionamento oral.	15''
<p>Que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valorizar as queixas de dor; - identificar sinais de dor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor <ul style="list-style-type: none"> ▪ conceito de dor ▪ benefícios do controlo da dor ▪ obstáculos ao controlo da dor ▪ manifestações de dor 	Computador, powerpoint e TV; folhas e canetas; uma t-shirt; canetas para tecido de várias cores.	Metodologia expositiva (O+V) e interactiva; Técnica de reflexão individual e em grupo (tarefa 1).	Observação e questionamento oral.	45''
<p>Que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - atribuir importância à comunicação dos utentes; - atribuir importância à sua própria comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação <ul style="list-style-type: none"> ▪ conceito de comunicação ▪ benefícios de uma comunicação adequada ▪ barreiras a uma boa comunicação ▪ competências básicas de comunicação 	Computador, powerpoint e TV; folhas e canetas; uma t-shirt; canetas para tecido de várias cores.	Metodologia expositiva (O+V) e interactiva; Técnica de reflexão individual e em grupo (tarefa 2).	Observação e questionamento oral.	45''
	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese de ideias • Conclusão 	Computador, powerpoint e TV.	Metodologia expositiva (O+V) e interactiva.	Observação e questionamento oral.	15''

<i>Plano da Sessão II (2 horas)</i>					
<i>Objectivos específicos</i>	<i>Actividades/conteúdos</i>	<i>Recursos necessários</i>	<i>Metodologia lectiva</i>	<i>Metodologia de avaliação</i>	<i>Tempo lectivo</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da sessão anterior 	Computador, powerpoint e TV.	Metodologia expositiva (O+V) e interactiva.	Observação e questionament o oral.	15”
Que os formandos sejam capazes de adoptar atitudes acertadas face à dor dos utentes, através da comunicação.	<ul style="list-style-type: none"> • Dor e Comunicação <ul style="list-style-type: none"> ▪ atitudes erradas ▪ atitudes acertadas ▪ benefícios da comunicação face à dor 	Computador, powerpoint e TV; canetas e post-its laranjas e verdes; uma cartolina.	Metodologia expositiva (O+V) e interactiva; Técnica de reflexão individual e em grupo (tarefa 3).	Observação e questionament o oral.	45”
		Computador, powerpoint e TV; indicações para o role-play; folhas avaliação do “Role-playing”.	Metodologia interactiva; Técnica de simulação por role-playing (tarefa 4).	Observação e questionament o oral.	45”
	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese de ideias • Avaliação pedagógica • Conclusão 	Computador, powerpoint e TV; CD’s com artigos da bibliografia recomendada ; folhas de avaliação pedagógica.	Metodologia expositiva (O+V) e interactiva.	Observação e questionament o oral. Avaliação pedagógica da acção formativa.	15”

Apêndice 13 - Fotografia do local da formação



Apêndice 16 - Post-its



Apêndice 17 - Folhas com indicações para o Role-playing

Situação A

AUXILIAR

“tem de levantar o utente para lhe dar o banho da manhã”

UTENTE

Não quer fazer nada. Responde mal. Tudo está mal.

Está assim porque lhe dói o corpo todo. (não diz ,só dá a entender – linguagem não verbal). Só se a auxiliar perguntar é que pode dizer.

NOTAS

A auxiliar deverá parar e falar com a utente para tentar perceber o que se passa. Não insistir no banho sem entender porque é que a utente não quer levantar-se.

Até pode referir que pode ser que a água quente lhe faça bem. Que vai informar a enfermeira quando ela chegar que o utente tem dor.

Situação B

AUXILIAR

“tem de dar o almoço ao utente”

UTENTE

Não fala por sequela de AVC. Não quer comer. Não abre a boca.

Doí-lhe um dente (mas só o transmite – comunicação não verbal – se a auxiliar perguntar, tentar perceber o que se passa).

Gemer se a auxiliar a forçar a comer (comunicação não verbal de dor).

NOTAS

É um comportamento diferente do habitual.

A auxiliar, através de suposições, deverá tentar perceber o que se passa – se não gosta da comida, se lhe dói a barriga, se tem ido à casa de banho,.... E não ignorar os gemidos nem forçar a comer.

Como soluções para convencer a utente a comer poderá passar a comida, optar por papa,....

E deverá informar a enfermeira do que se passa (e dizer à utente que o vai fazer), pois poderá haver necessidade de a utente ir ao dentista.

Situação C

AUXILIAR

“vai no elevador com o utente”

UTENTE

Queixa-se muito. Insistentemente. Que tem muita dor. A toda a hora. Que lhe dói tudo.

O que quer é atenção. Que a auxiliar se preocupe consigo. Só se sentir um verdadeiro interesse (verbal e não verbal) por parte da auxiliar é que deixa de se queixar tanto. Se a auxiliar a ignorar continue ainda mais queixinhas.

NOTAS

A auxiliar não deve ignorar as queixas. Não deve dizer “deixe lá” ou “a mim tb me dói”, mas sim dizer “vou comunicar à enfermeira que tem dores”, “realmente deve ser muito difícil ter tanta dor”..... Deixar que a utente fale da sua dor e mostrar interesse (comunicação não verbal). Se diz que tem dor é porque tem – acreditar, não é fingir que acredita.


Mesmo numa curta conversa de elevador é possível dar atenção!

Apêndice 18 - Fotografia da dramatização



Apêndice 19 - Folha de avaliação do “Role-playing”

Formação em Serviço
DOR E COMUNICAÇÃO



Univ. S. Tomás
UNIVERSIDADE DE SANTO TOMÁS

AVALIAÇÃO “ROLE-PLAYING”

Por favor indique:

	o que considera que poderia ter sido melhor	o que considera que foi mais adequado
“utente”: “auxiliar”:		
“utente”: “auxiliar”:		
“utente”: “auxiliar”:		
“utente”: “auxiliar”:		
“utente”: “auxiliar”:		

	indique as dificuldades que sentiu	critique o que fez
Auto-avaliação		

Apêndice 20 - Folha de presenças

Formação em Serviço
DOR E COMUNICAÇÃO




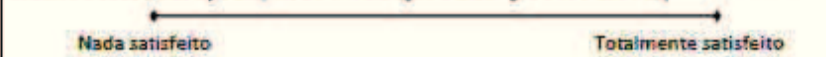
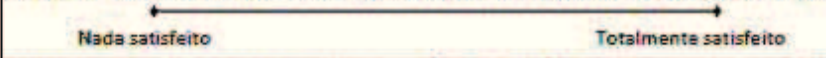



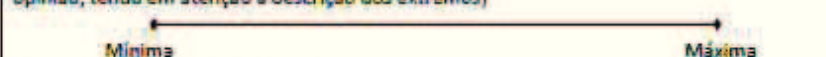
FOLHA DE PRESENCAS

Formando		
Nome	Rubrica	E-mail
Ana Maria de Jesus Amaral Aziago		
Anabela Rosa Grade		
Ermelinda de Jesus Custódio Farromba		
Guilomar Barata Francisco Martins		
Ilda Maria Lino Cardoso Martins		
Inês Maria Custódio Farromba		
Isabel Maria Pires Mateus André		
Lígia Maria Miguel Sousa		
M ^ª de Jesus da Conceição M. Rodrigues		
M ^ª do Nascimento M. Nunes Esteves		
Perpétua Maria Marques Afonso		
Sandra Isabel Cardoso Martins		
Sónia Marina Duarte Ladeira		

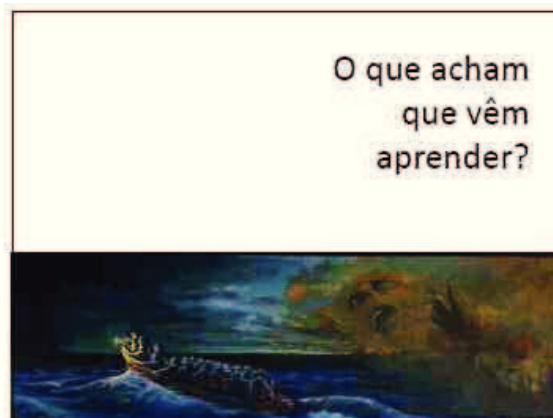
Castelo Branco, 22 de Fevereiro de 2013

O Formador

Apêndice 21 - Folha de avaliação pedagógica

<p>Formação em Serviço</p> <p>DOR E COMUNICAÇÃO</p>		 <p>Univ. S. Tomás</p>
<p>AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA DA ACÇÃO FORMATIVA</p>		
<p>Por favor indique:</p>		
<p>* o seu grau de satisfação com a formação (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)</p> <p style="text-align: center;">  </p>		
<p>* o que considerou de mais positivo na formação</p>	<p>* o que considera que poderia ser melhorado na formação</p>	
<p>* o seu grau de satisfação com o desempenho do formador (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)</p> <p style="text-align: center;">  </p>		
<p>* o que considerou de mais positivo no desempenho do formador</p>	<p>* o que considera que poderia ser melhorado no desempenho do formador</p>	
<p>* se considera que os objectivos da formação foram concretizados (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)</p> <p style="text-align: center;">  </p>		
<p>* a importância desta formação para a sua prática profissional (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)</p> <p style="text-align: center;">  </p>		
<p>* a sua intenção de mudança na prática profissional após esta formação (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)</p> <p style="text-align: center;">  </p>		
<p>* em que medida esta formação terá aplicação prática no desempenho das suas funções enquanto profissional (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)</p> <p style="text-align: center;">  </p>		
<p>Outras observações/ sugestões:</p>		

Apêndice 22 - Apresentações da formação em serviço “Dor e Comunicação”, sessão I e sessão II



Objetivo geral
Sensibilizar os formandos para a importância da comunicação, verbal e não verbal, enquanto ferramenta face à dor.

Objetivos específicos
Que no final da formação os formandos:

- *sejam capazes de valorizar as queixas de dor;
- *sejam capazes de identificar sinais de dor;
- *sejam capazes de atribuir importância à comunicação dos utentes;
- *sejam capazes de atribuir importância à sua própria comunicação;
- *estejam sensibilizados para, através da comunicação, adotarem atitudes acertadas face à dor dos utentes.

Conteúdos

Dor

- *conceito de dor
- *benefícios do controlo da dor
- *obstáculos ao controlo da dor
- *manifestações de dor

Comunicação

- *conceito de comunicação
- *benefícios de uma comunicação adequada
- *barreiras a uma boa comunicação
- *competências básicas de comunicação

Dor e Comunicação

- *atitudes erradas
- *atitudes acertadas
- *benefícios da comunicação face à dor

Bibliografia

Programa Nacional de Cuidados Paliativos

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*, Orientação da Direção-Geral da Saúde número 015/2010.

Machado, A. C. A. & Brêtas, A. C. P. (2006). *Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor*. Revista Brasileira de Enfermagem, 59 (2), 129-133.

Nunes, J. M. M. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa.

Alves, A. M. C. A. (2005). *A importância da comunicação no cuidar do idoso*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Bibliografia

Corney, R. (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Barbosa, A. & Neto, I. G. (2010). *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor – www.aped-dor.org

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – www.apcp.com.pt

Cuidados Paliativos

Definição

Em 2002, a OMS definiu-os como:

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

Todas as pessoas com doenças crônicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida limitado, são candidatas a Cuidados Paliativos.

Princípios

- Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;
- Encara a doença como causa de sofrimento a minorar;
- Considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;
- Reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;

Princípios

- Considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- Assenta na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;

Princípios

- É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- Centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- Só é prestada quando o doente e a família a aceitam;
- Respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- É baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.

Há sempre algo a fazer

Controlo dos Sintomas

Morrer é normal, não deve ser tabu, não é o fracasso

Qualidade de vida

Cuidar

Trabalho em equipa

Apoio à família

Baseados nas necessidades e não no prognóstico

dignidade

Dor total

Conforto


Comunicação adequada

São pela vida, vivida até ao fim!

Os cuidados paliativos são o cuidado integral da pessoa no processo de fechamento da sua biografia.



O que é a dor?




Como se comporta quando tem dor?



Conceito de dor

A Associação Internacional para o Estudo da Dor definiu, em 1979, a dor como sendo uma



"experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão"

Dor crónica

Dor aguda

Leve

Intensidade

Severa

Dor total = Dor física + Dor psíquica + Dor social + Dor espiritual

Dor nociceptiva

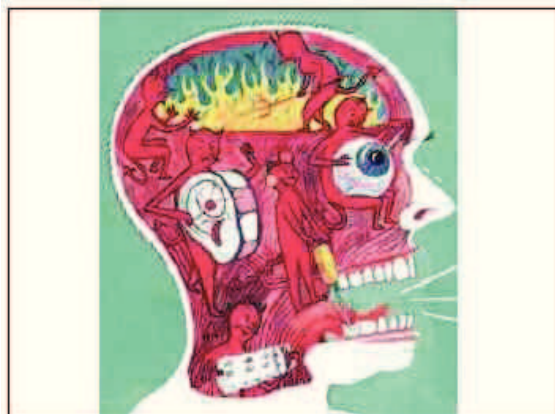
Dor neuropática

Dor Psicógena

Dor Irruptiva

Dor Incidental





Benefícios do controlo da dor

Conforto

Qualidade de Vida

Consequências

Físicas	Diminui a capacidade funcional, a mobilidade
	Diminui a força e o vigor
	Náuseas e perda de apetite
	Perturbações do sono, fadiga, exaustão
Psicológicas	Prejudica o descanso
	Aumenta a ansiedade e o medo
	Depressão
	Dificuldades de concentração
	Perda de auto-controlo, irritabilidade fácil

Consequências

Sociais	Prejudica o relacionamento social, diminuição da participação social
	Diminuição da libido e atividade sexual, o afeto
	Altera a aparência
Espirituais	Aumenta o sofrimento
	Altera o sentido da vida
	Repercute-se nas crenças religiosas

Controlo da dor

 Analgésicos TENS Opiáceos (mortais...)
 Relaxantes musculares  Cirurgia
 Radioterapia  Calor Massagem
 Imobilizar a zona que tem dor (juntas, colar cervical, ...)
 Usar cadeira de rodas, bengala,....
 Evitar as atividades que provocam a dor
 Ambiente calmo e cuidadores tranquilos

Obstáculos ao controlo da dor

Relacionados com os profissionais de saúde	Fraco conhecimento sobre o tratamento da dor
	Deficiente avaliação da dor
	Preocupação sobre medicamentos controlados
	Receio da adição dos doentes
	Preocupação sobre os efeitos secundários
Preocupação sobre a tolerância	

Obstáculos ao controlo da dor

Relacionados com os utentes	Relutância em relatar a dor -Preocupação em não desviar a atenção do médico do tratamento da doença subjacente -Medo de a dor significar pior -Preocupação por ser amável
	Relutância em tomar os medicamentos -Medo da adição -Receio dos efeitos secundários -Receio da tolerância

Obstáculos ao controlo da dor

Relacionados com o sistema de Saúde	Baixa prioridade dada ao tratamento da dor
	Comparticipação inadequada (o mt mais adequado pode ser muito caro e não ser participado)
	Regulamentos restritivos dos medicamentos controlados
	Problemas de disponibilidade e de acesso aos medicamentos

Para controlar a dor temos de saber que existe dor

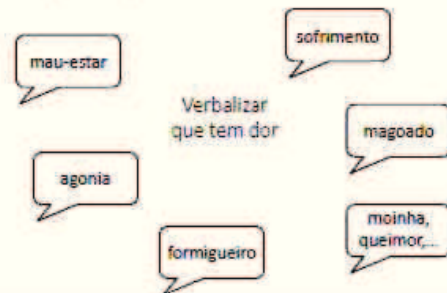
há que identificar a presença da dor

Como?

avaliação formal da dor
(intensidade, localização, frequência...)

também estando atento a sinais e sintomas de dor
comunicação verbal e não verbal

Manifestações de dor



Manifestações de dor

a expressão facial
(esgares...)




Manifestações de dor

os movimentos corporais
(encolher-se, imobilidade, agitação...)



Manifestações de dor

as verbalizações ou vocalizações
(gritos, mudanças nas vocalizações, ...)




Manifestações de dor


comportamento
(mudança no padrão habitual de interações,
alterações do estado mental, agitação psicomotora, ...)



O que é a dor?



Como se comporta quando tem dor?




O que é a dor?
"experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão"
"experiência complexa, multidimensional e subjectiva"

Como se comporta quando tem dor?

- verbalização (dor, sofrimento, mal-estar,...)
- expressão facial (esgares de dor,...)
- movimentos corporais (encolher-se, imobilidade,...)
- vocalizações (gritos, mudanças nas vocalizações,...)
- comportamento (agitação psicomotora, mudança nas relações interpessoais,...)


Então o sermão está a ser muito chato???



Comunicação



O que é comunicar?



Como comunico?



Conceito de comunicação

"É um processo dinâmico e multidirecional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensorio-perceptuais que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra"



Partilha
Relação
Transmissão
Informação

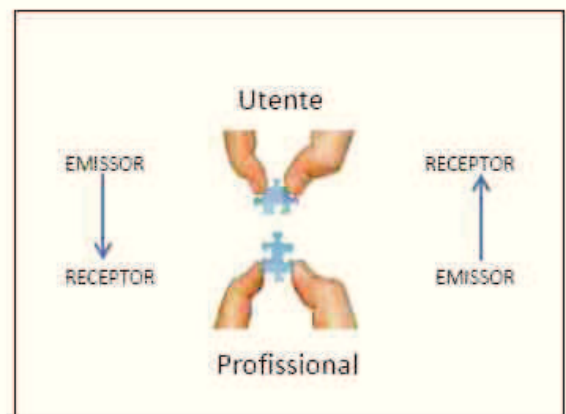
Comunicação não verbal

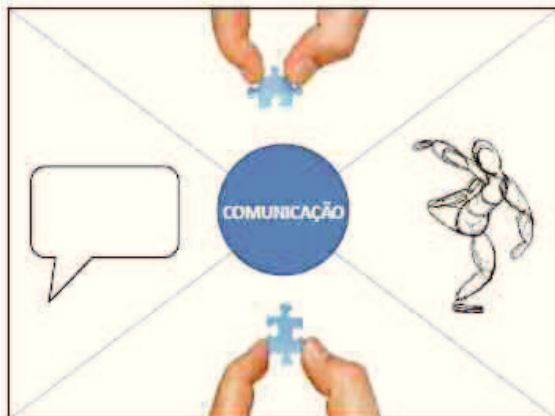


as palavras

Comunicação verbal

- A expressão facial
- O contacto olhos nos olhos
- A postura (posição do pé) E OS movimentos corporais
- O toque e o contacto físico
- A qualidade da voz (o tom de voz e o ritmo do discurso) E OS **segregados vocais** (os pausas, os sons tipo hum-hum ou ah, etc)





as principais queixas dos utentes são

“Não sou ouvido”
“Não me dão informação”
“Não respeitam e nem se preocupam pelo meu estado”

Benefícios de uma comunicação adequada

- aumentar a satisfação dos utentes
- aumentar a adesão aos tratamentos
- reduzir a incerteza
- melhorar os relacionamentos
- indicar ao doente e família uma direção

Barreiras a uma boa comunicação

- o esquecimento
- os padrões de pensamento dos doentes ficam alterados
- a falta de compreensão por parte dos doentes
- o argumento da falta de tempo
- a utilização de linguagem não acessível e pouco clara
- a fuga → mas quando estamos com outra pessoa é impossível não comunicar (não verbal)

Competências básicas de comunicação

- fazer perguntas (ex: “fale-me dos seus problemas”, “Como posso ajudá-lo?”)
- dar informação
- empatia (ser capaz de se colocar no lugar do outro, sendo que é um problema do outro, por ex.: “Não estou no seu lugar mas imagino o que deve estar a sentir”, “é natural que se sinta nervoso”)
- honestidade
- personalização (tratar pelo nome)
- feedback (perceber o que o outro percebeu, e dar a perceber que eu percebi/ que ouvi, ex: “tenho de ir comprar X, Y e Z” e eu digo “então comprou X, Y e Z”)


Competências básicas de comunicação

- disponibilidade (que está realmente ali a ouvir; que quando precisar pode contar com; ex: sentar-se e não de fuga)
- sensibilidade
- clarificação (certificar-se que percebeu; ex: “importa-se de explicar melhor”, “o que quer dizer com isso?”)
- validação (validar os sentimentos; ex: é natural que se sinta assim)
- escuta activa (ouvir – codificar – interpretar – responder; apreender o contexto e os sentimentos dados pela linguagem verbal e não verbal; ex: “percebo que está preocupado porque essa dor não passa”)




Ouvir
Observar
Sentir

O que é comunicar?



Como comunico?




O que é comunicar?
"Comunicação é um processo dinâmico e multidirecional de intercâmbio de formação, através dos diferentes canais sensorio-perceptuais que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra"

Partilhar
Relacionar-se
Transmitir
Informar

Como comunico?
-Verbal (as palavras)
-Não verbal (a expressão facial, o contacto visual, a postura e os movimentos corporais, o toque e o contacto físico, a qualidade da voz e os segredos vocais)



Obrigada





Do que é que
ainda se lembram????



DOR



O que é a dor?
"Experiência sensorial e emocional desagradável relacionada com uma lesão real ou potencial do tecido, ou descrita em termos que evocam essa lesão"
experiência complexa, multidimensional e subjetiva

Manifestações de dor
• Expressão facial (Esgares de dor...)
• Movimentos corporais (encolher-se, imobilidade...)
• Vocalizações (gritos, mudanças nas vocalizações...)
• Alterações face ao comportamento habitual (agitação psicomotora, mudança nas relações interpessoais)
• Verbalização (dor, sofrimento, mal-estar...)

O que é comunicar?
"Comunicação é um processo dinâmico e multidimensional de intercâmbio de formação, através dos diferentes canais sensorio-perceptuais que permitem ultrapasçar as informações transmitidas pela palavra"

Partilhar
Relacionar-se
Transmitir
Informar

Como comunicar?
Verbal (as palavras)
e não verbal (a expressão facial, o contacto visual, a postura e os movimentos corporais, o toque e o contacto físico, a qualidade da voz e os segregados vocais)



Se o Sr. X agora lhe perguntasse
"acha que a minha dor vai passar?"
o que fazia? Ignorava? O que respondia?

DOR E COMUNICAÇÃO



Particularidades dos Idosos

• A dor é um sintoma comum entre as pessoas idosas, qualquer que seja o contexto em que vivem. Afeta cerca de 50% dos idosos que vivem na comunidade e atinge cerca de 83% daqueles que estão institucionalizados em lares.



Particularidades dos Idosos

• As pessoas vivem cada vez mais tempo. Com o passar dos anos vão-se tornando progressivamente mais vulneráveis – especialmente acima dos 80 anos de idade.

• Com a idade tornam-se mais frequentes as doenças crônicas e também as intercorrências agudas.



Particularidades dos Idosos

• A emotividade aumenta com a velhice. As reações emocionais são mais exacerbadas e os ciclos de euforia alternam com os de depressão.

• É comum que os idosos não consigam expressar verbalmente a dor que sentem. Por exemplo, em casos de demência, de sequelas de AVC ou por patologias degenerativas.



Particularidades dos Idosos

• Muitos idosos não manifestam dor porque acham normal ter dor, porque não querem chatear, porque já o fizeram várias vezes sem obterem resultados e por isso desistiram, porque receiam as consequências como hospitalização, exames desconfortáveis, despesas,....



A dor é muito comum nos idosos.

A ausência de queixas de dor não significa que ela não esteja presente.



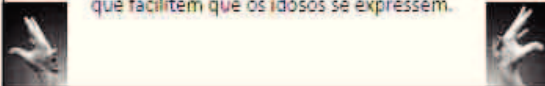
A comunicação como ferramenta face à dor – ouvir e observar os comportamentos (indicadores de dor) é uma boa forma de identificar a presença de dor.



Idosos são mais emotivos.
Acham que a dor é normal.
Já se queixaram muitas vezes.


↓

A comunicação como ferramenta face à dor – enviando “mensagens” verbais e não verbais que facilitem que os idosos se expressem.




atitudes erradas

atitudes erradas




- dar ordens/mandar
- ameaçar
- dar lições de moral/ dar repreensões
- criticar
- falar depressa e sem pausas, interromper o discurso do utente
- rotular os utentes ("o queixinhas", "ele é um doente difícil"...)
- humor impróprio

atitudes erradas




- distanciar-se com a desculpa de estar sempre muito atarefado
- concentrar-se só nas tarefas físicas
- fugir de uma situação de stress (fingir que não ouviu a queixa ou mudar de assunto porque não sabe o que dizer – "não diga isso")

atitudes erradas




- normalizar ou tranquilizar de forma prematura ou falsa (ex: "Não se preocupe", "tudo correrá bem")
- desvalorizar (ex: "não há necessidade de ter esse ar tão triste" → a pessoa é que sabe não somos nós!)
- pressupor que, se não manifesta dor não sente dor
- não respeitar as diferenças (idade, diferenças culturais, crenças religiosas, ...) e deixar-se influenciar por preconceitos

atitudes erradas




- comunicação verbal e não verbal que transmita desinteresse (ex: os suspiros podem revelar desinteresse e alheamento do profissional...) OU mensagens contraditórias (ex: dizer que está a ouvir e estar constantemente a olhar para a rua)
- não estar atento à comunicação verbal e não verbal - do utente e à própria




atitudes acertadas

- fazer perguntas abertas (para deixar que o utente se expresse. Ex: "Como se sente hoje?")
- ser claro e conciso na comunicação verbal – usar frases simples, curtas e concretas, falar devagar e pronunciar claramente as palavras e adequar o vocabulário a cada utente (receptor)




atitudes acertadas

- promover uma comunicação eficaz; sabendo OUVIR (estar atento ao que o utente fala, demonstrar vontade em ouvir, aceitar sem transmitir dúvidas ou discordâncias, mas também estando atento ao que ele transmite – expressões faciais,...)
- escuta activa
- permitir o choro e o silêncio – respeitar – não começar a falar nem dizer para parar




atitudes acertadas

- utilizar as expressões faciais mais positivas (ex: um sorriso genuíno, que transmite uma sensação de interesse genuíno, de esperança)
- colocar-se ao mesmo nível que o utente quando fala com ele (ex: sentado na cama se o utente estiver acamado ou deitado, agachar-se se o utente estiver sentado ou numa cadeira de rodas,...)




atitudes acertadas

- o contacto visual é associado a estar a receber atenção, a uma escuta interessada e que é honesto e sincero no que diz (mas não exagerar, se muito tempo torna-se intimidatório)
- olhar para o utente para captar todas as pistas emitidas por este




atitudes acertadas

- estabelecer uma comunicação benéfica na prática diária sem que isso signifique necessariamente o prolongamento do tempo da interação
- se diz que tem dor é porque tem – acreditar sempre
- não desvalorizar as queixas de dor (ex: "isso não é nada", "isso passa", "a mim também me dói")




atitudes acertadas

- ser honesto/ não mentir (mas tem de haver equilíbrio entre o dever de dizer sempre a verdade e a necessidade de não provocar mal ao utente)
- demonstrar interesse pelo outro
- explorar comportamentos de raiva e de agressividade pois podem ser sinónimo de dor




atitudes acertadas

- deve prestar atenção ao comportamento verbal e não verbal – seu e do utente.
- estar atenta a possíveis manifestações de dor do utente durante o repouso, quando ele está em movimento e durante os cuidados que lhe presta
- o comportamento não verbal tem de reforçar o verbal, para tornar a mensagem credível e consistente



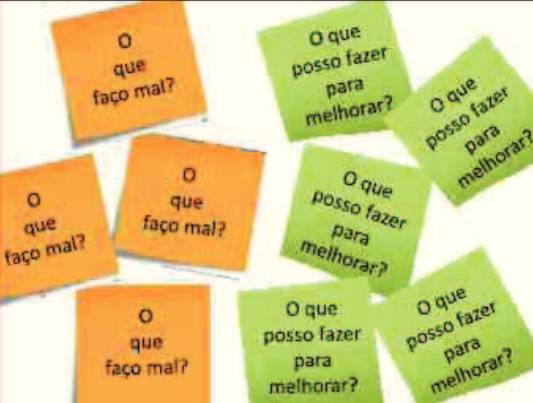
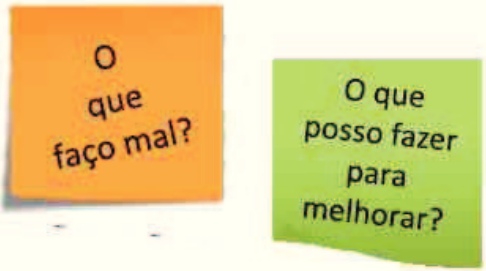
atitudes acertadas

- questionar-se “e se fosse eu? Como gostaria que falassem comigo? Que agissem? Como é que eu reajo?”



atitudes acertadas

- registar e comunicar aos profissionais de saúde qualquer comportamento ou queixa que julgue ser sinónimo de dor (comportamentos diferentes, por mais simples que vos pareça) → na dúvida assumir que pode ser algum problema



Benefícios da comunicação face à dor



SE

estivermos atentas às manifestações de dor do utente - em repouso, em movimento, durante os cuidados - transmitidas através da sua comunicação verbal e não verbal:

- ao que diz (dor, mal-estar, sofrimento, agonia,...)
- à expressão facial (esgares,...)
- aos movimentos corporais (encolher-se, imobilidade, postura, agitação,...)
- às verbalizações ou vocalizações (gritos, mudanças,...)
- ao comportamento (mudança do padrão habitual de comportamento, agitação psicomotora,...)



E SE

estivermos atentas à nossa comunicação verbal e não verbal:

- ao que dizemos e como dizemos (fazer perguntas abertas, nunca mentir, personalizar,...)
- à nossa expressão facial e ao contacto visual
- à postura e movimentos corporais (sentado, ao nível da pessoa,...)
- ao contacto físico (toque,...)
- às características da voz e aos segredos vocais

facilitando que expressem dor se a sentirem, transmitindo calma e disponibilidade (que estamos ali para o que precisarem), que estamos a ouvir e atentos ao que se passa...



ENTÃO

a comunicação poderá ser uma ferramenta face à dor

permitindo detetar a presença da dor

logo controlar a dor

com consequentes benefícios como o conforto, a qualidade de vida e a satisfação do utente e dos profissionais



Porque é que eu estou para aqui a dizer isto tudo a vocês?
Porque vocês têm um papel muito importante na identificação da presença de dor.



Passam muito tempo com os utentes
(estão com os utentes 24h por dia, 7 dias por semana)


Conhecem bem os utentes
e

estão muito familiarizadas com as suas características
(a personalidade de cada um, sabem qual é o seu comportamento habitual, já conhecem os que se queixam quando lhes dói e os que escondem e não dizem nada, conseguem identificar quando alguma coisa não está bem com aquele utente, sabem como é que eles se comportam quando tiveram dor no passado e sabem reconhecer esse comportamento, ...)




Situação A

AUXILIAR
"tem de levantar o utente para lhe dar o banho da manhã"




Situação B

AUXILIAR
"tem de dar o almoço ao utente"



Situação C

AUXILIAR
"vai no elevador com o utente"



em síntese

A comunicação pode ser uma ferramenta face à dor.

A comunicação (verbal e não verbal) do utente pode transmitir manifestações de dor.

A comunicação (verbal e não verbal) do profissional pode facilitar que os idosos expressem a sua dor.



Objetivo geral
Sensibilizar os formandos para a importância da comunicação, verbal e não verbal, enquanto ferramenta face à dor.

Objetivos específicos
Que no final da formação os formandos:

- *sejam capazes de valorizar as queixas de dor;
- *sejam capazes de identificar sinais de dor;
- *sejam capazes de atribuir importância à comunicação dos utentes;
- *sejam capazes de atribuir importância à sua própria comunicação;
- *estejam sensibilizados para, através da comunicação, adotarem atitudes acertadas face à dor dos utentes.

The image is a composite of three elements:

- Left Panel:** A pedagogical evaluation form titled "AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA". It features a vertical scale of seven smiley faces ranging from a sad face at the top to a happy face at the bottom. The text "AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA" is written vertically in the center. The form contains several sections with questions and checkboxes for "Sim" (Yes) and "Não" (No).
- Middle Panel:** A white rectangular area with the word "Obrigada" (Thank you) in a large, black, sans-serif font. Below the text, the contact information "angela_spg@clix.pt" and "963268304" is displayed.
- Right Panel:** A painting of a small boat with a person on the water, rendered in a dark, expressive style.

Apêndice 23 - Certificados de participação

CERTIFICADO

Certifica-se que _____
participou no Workshop "Avaliação da Intensidade da Dor",
realizado pela fisioterapeuta Ângela Gonçalves, no âmbito
do 1º Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior
de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo
Branco, que decorreu no Lar de São Tomás no Salgueiro do
Campo no dia 26 de Fevereiro de 2013, com a duração de 3
horas.




Castelo Branco, 26 de Março de 2013.

A Formadora	O Director
_____ (Ângela Gonçalves)	_____ (Gilberto Martins)



"O Nichaço", 2012, Carlos Ferreira

CERTIFICADO


Certifica-se que _____ participou na Formação em Serviço "Dor e Comunicação",
realizada pela fisioterapeuta Ângela Gonçalves, no âmbito do 1º Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola
Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, que decorreu no Lar de São Tomás
no Salgueiro do Campo nos dias 22 de Fevereiro e 1 de Março de 2013, com a duração de 4 horas.

Castelo Branco, 1 de Março de 2013.

A Formadora	O Director
_____ (Ângela Gonçalves)	_____ (Gilberto Martins)


Formação em Serviço

DOR E COMUNICAÇÃO



"Barlavento", 2014, Carlos Ferreira

Apêndice 24 - Avaliação da Intensidade da Dor: Orientações



Hospital S. Tomás
Instituto de Saúde

Avaliação da Intensidade da Dor

ORIENTAÇÕES

Que instrumentos?

AUTOAVALIAÇÃO
(quando o utente consegue colaborar ativamente)

Escala Numérica

a intensidade da dor é quantificada usando números de 0 a 10, representando o ponto 0 a ausência de dor - "sem dor" -, o 10 a pior dor possível - "dor máxima" - e os restantes números quantidades intermediárias de dor.

Pode ser aplicada gráfica ou verbalmente.

ou

Escala Qualitativa

a intensidade da dor é classificada verbalmente de acordo com os seguintes adjetivos: "sem dor", "dor ligeira", "dor moderada", "dor intensa" ou "dor máxima".

HETEROAVALIAÇÃO
(se o utente não consegue colaborar ativamente,
por exemplo por demência, por não se expressar verbalmente,...)

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

escala de observação do comportamento do utente relativamente a cinco itens com três possíveis respostas (pontuadas de 0 a 2). O total da escala pode variar de 0 até 10, refletindo graus crescentes de dor.

Que instrumentos?

O instrumento de avaliação deve ser escolhido na primeira avaliação de acordo com as características e preferência de utilização do utente.

Privilegiar a autoavaliação como fonte de informação.

Deve ser mantida a mesma escala de avaliação em todas as avaliações do mesmo utente, exceto se a situação clínica deste justificar a mudança.

Quando aplicar?

1ª avaliação da dor

Após conhecer o utente, nas primeiras semanas após a admissão no lar, ficando à consideração do profissional a escolha do momento adequado.

Reavaliar

Sempre que se justifique, nomeadamente, quando ocorrerem mudanças no comportamento do utente ou modificações na intervenção, ficando ao critério do profissional a decisão de avaliar ou não.

Como registar?

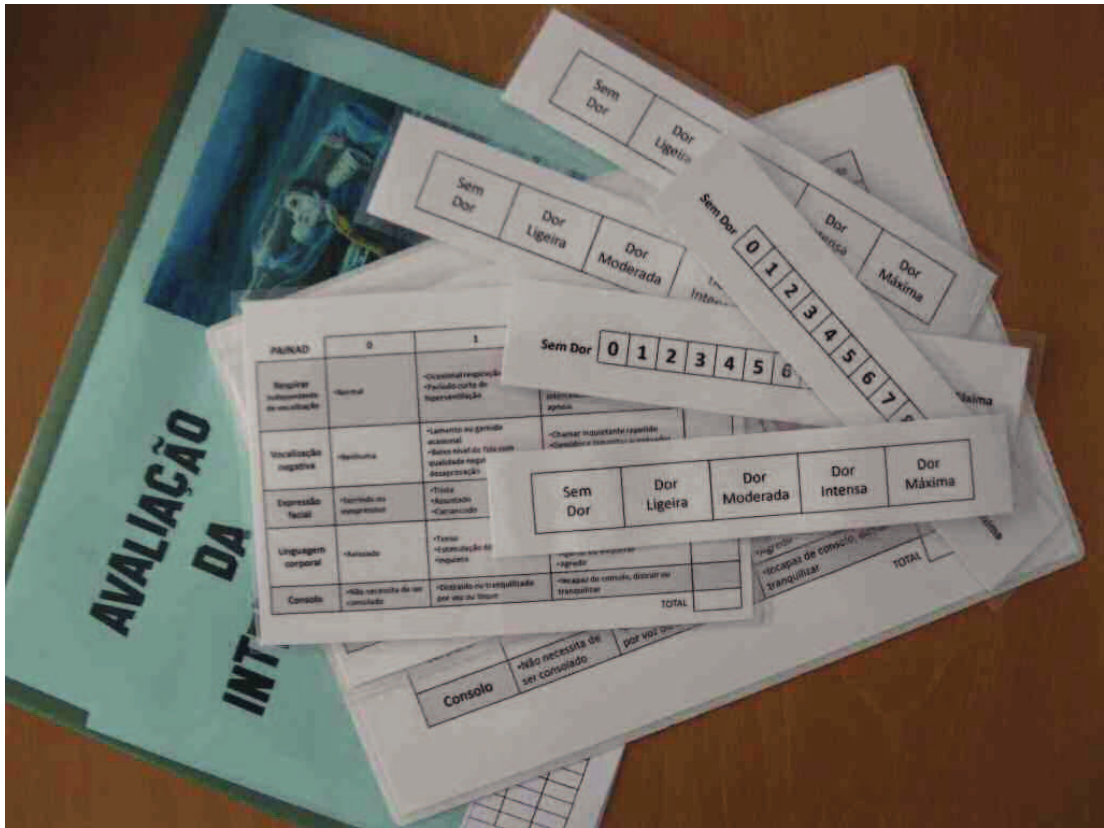
Registar na folha de *Registo de Sinais Vitais* do processo do utente, indicando o valor ou o adjetivo correspondente à intensidade da dor e o instrumento utilizado (Escala Numérica, Escala Qualitativa ou PAINAD).



Outras observações importantes....

A large, empty rectangular box with a black border, intended for recording important observations.

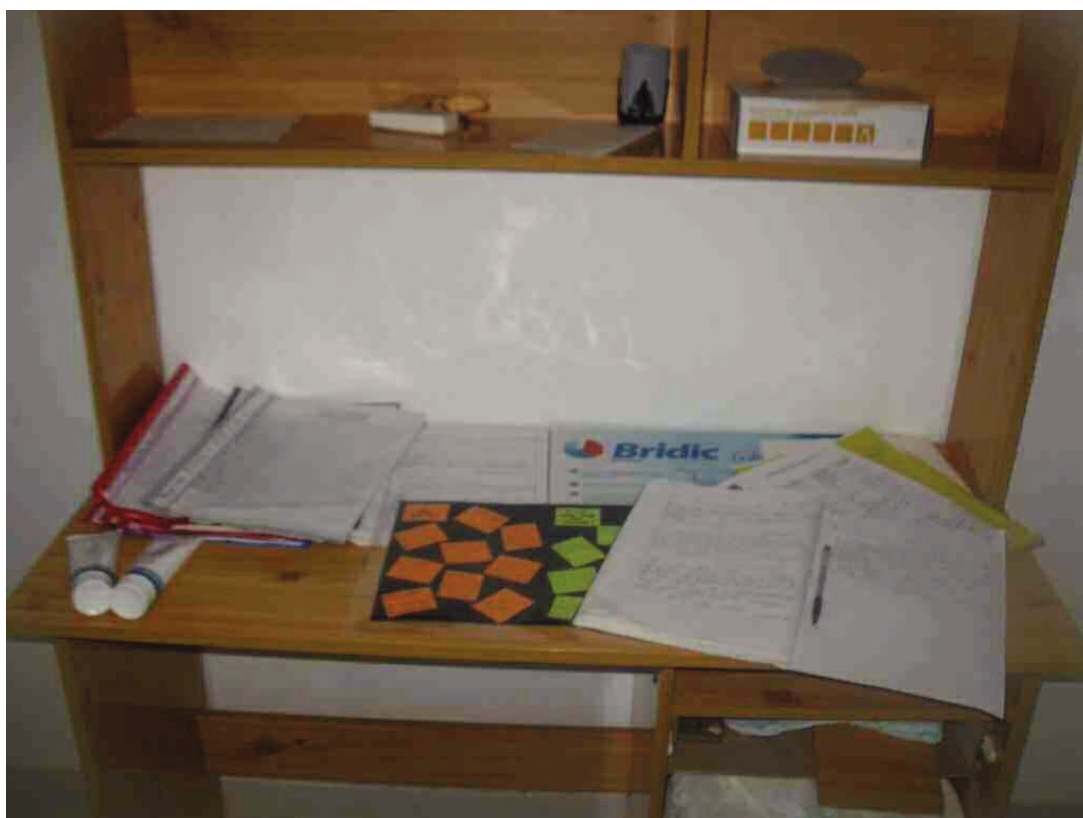
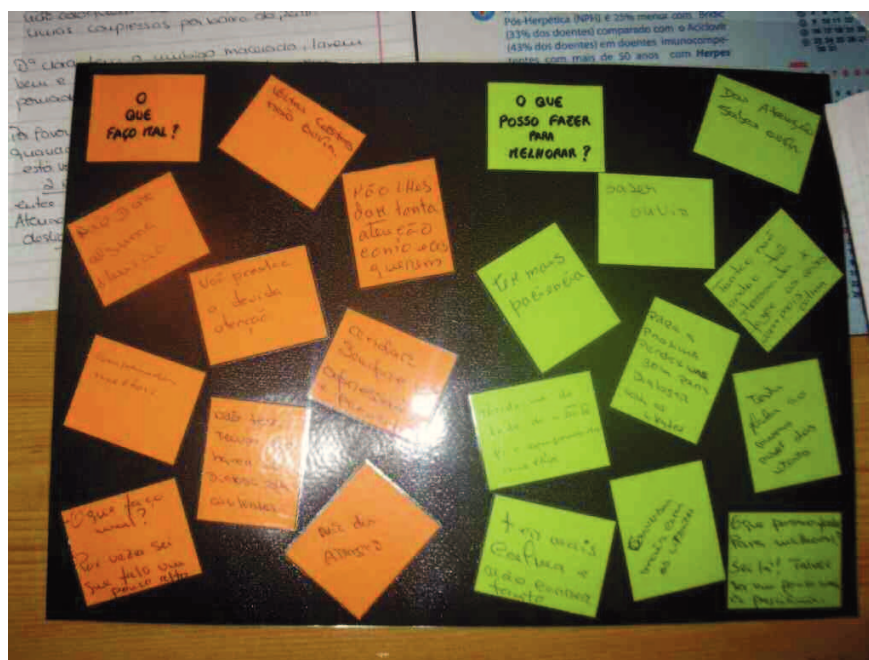
Apêndice 26 - Escalas




Apêndice 27 - Foto das t-shirts no vestiário



Apêndice 28 - Foto da secretária do vestiário



Apêndice 29 - Folhas da avaliação pedagógica da repercussão

<p>Workshop</p> <p>AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR</p>	
<p>AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA DA REPERCURSÃO DA ACÇÃO FORMATIVA</p>	
<p>Por favor indique:</p>	
<p>▪ a importância da formação para a sua prática profissional (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)</p>	
<p>←-----→</p> <p>Minima Máxima</p>	
<p>▪ a mudança que se verificou na sua prática profissional após esta formação (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)</p>	
<p>←-----→</p> <p>Minima Máxima</p>	
<p>▪ em que medida esta formação está a ter aplicação prática no desempenho das suas funções enquanto profissional (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)</p>	
<p>←-----→</p> <p>Minima Máxima</p>	
<p>Em três linhas descreva o que mudou na sua prática profissional:</p>	
<p>Outras observações/ sugestões:</p>	

Formação em Serviço
DOR E COMUNICAÇÃO



AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA DA REPERCURSÃO DA ACÇÃO FORMATIVA

Por favor indique:

<p>• a importância da formação para a sua prática profissional (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)</p> <p>←-----→</p> <p>Mínima Máxima</p>
<p>• a mudança que se verificou na sua prática profissional após esta formação (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)</p> <p>←-----→</p> <p>Mínima Máxima</p>
<p>• em que medida esta formação está a ter aplicação prática no desempenho das suas funções enquanto profissional (coloque um traço vertical onde considerar que o mesmo traduz a sua opinião, tendo em atenção a descrição dos extremos)</p> <p>←-----→</p> <p>Mínima Máxima</p>
<p>Em três linhas descreva o que mudou na sua prática profissional:</p>
<p>Outras observações/ sugestões:</p>

Anexos

Anexo 1 - Registo das conferências familiares na UCP

REGISTO DE CONFERÊNCIA FAMILIAR

1. Foi realizado um plano da CF antecipadamente?

Não
 Sim

2. Duração da CF:

15-30min
 30-60 min
 > 60 min

3. Local:

Gabinete médico
 Quarto
 Sala de estar 1 (sala principal)
 Sala de estar 2 (sala paliativos)
 Sala de Actividades Lúdicas
 Outro local

4. Profissionais presentes:

Enfermeiro
 Médico
 Psicólogo
 Outro

5. Familiares presentes:

Esposa/o
 Filhos
 Pais
 Outro

6. O doente esteve presente?

Não
 Sim

7. Motivo que levou a realizar CF:

Agravamento do quadro clínico/sintomas
 Clarificação de ganhos
 Conferência inicial para acolhimento
 Conflito entre a família e a equipa
 Conflito intra-familiar
 Conspiração do silêncio
 Discussão de plano terapêutico
 Família demandante
 Família com necessidades especiais
 Preparação da alta do doente
 Proximidade da morte ou início de agonia
 Valorização do apoio do familiar ao doente
 Outro motivo _____

8. Assuntos abordados:

- Aferir informação sobre o diagnóstico, prognóstico e/ou evolução
- Clarificação dos objetivos dos cuidados e sintomas
- Clarificação sobre os Cuidados Paliativos e trabalho de equipa

Discussão da tomada de decisão relativamente a questões éticas:

- Alimentação e hidratação
- Suspensão de terapêutica
- Reanimação
- Expectativas perante a doença, tratamento e evolução
- Oferta de apoio emocional
- Questões práticas
- Resposta a Necessidades não satisfeitas (doente/família)
- Resolução de Conflitos intrafamiliares
- Resolução de Conflitos com a Equipa
- Outro assunto _____

9. Houve expressão de emoções por parte dos familiares?

- Sim
- Não

Se Sim, quais? _____

10. Houve consenso no plano traçado?

- Sim
- Não

Se Não, porquê? _____

11. Fica marcada a próxima CF?

- Sim
- Não

Data _____

Objectivo da próxima conferência familiar _____

Observações

12. Conferência familiar registada por: _____

Data _____

Anexo 2 - Escala de Zarit reduzida

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/ doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?					
Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre	
1	2	3	4	5	
2. Sente-se estressado/ angustiado por ter que cuidar do seu familiar/ doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex. Cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).					
Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre	
1	2	3	4	5	
3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outras elementos da família de uma forma negativa?					
Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre	
1	2	3	4	5	
4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/ doente?					
Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre	
1	2	3	4	5	
5. Sente que a sua saúde tem-se visto afectada por ter que cuidar do seu familiar/ doente?					
Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre	
1	2	3	4	5	
6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?					
Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre	
1	2	3	4	5	
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?					
Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre	
1	2	3	4	5	

Anexo 3 - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Por favor faça um círculo em volta do número que melhor descreve a intensidade dos seus sintomas neste preciso momento:

Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem náuseas/ enjoo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de náusea/ enjoo possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de ansiedade possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de sonolência possível
Muito apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem qualquer apetite possível
Melhor nível de bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior nível de bem-estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de falta de ar possível
Outro sintoma	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
.....		
.....		

Informação obtida por:

- Cliente
- Prestador de cuidados
- Profissional de saúde

Anexo 4 - Escala de Karnofsky Australia Modificada

ESCALA DE KARNOFSKY AUSTRALIA MODIFICADA

Nível de Autonomia Funcional:

- A100 - Normal, sem queixas sem evidência de doença
- A90 - Actividade habitual com sinais/sintomas minor
- A80 - Actividade habitual com esforço; sinais/sintomas de doença
- B70 - Capaz de cuidados pessoais (tomar banho, vestir-se, alimentar-se, cozinhar, limpar a casa/roupa, trabalhos de casa, fazer as compras), sem capacidade para actividade habitual ou trabalho
- B60 - Globalmente capaz de cuidados pessoais (ocasional necessidade de ajuda)
- B50 - Necessita frequentemente de assistência e cuidados médicos
- C40 - Na cama mais de 50% do tempo
- C30 - Quase sempre acamado
- C20 - Totalmente acamado e necessitando de extensos cuidados de enfermagem/família
- C10 - Comatoso ou pouco despertável

Resultado: _____

Anexo 5 - Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL

COMER:

- 10 – Totalmente independente (leva a comida do prato à boca e o copo)
- 5 – Necessita de Ajuda (precisa de ajuda para cortar carne, pão e utilizar copo)
- 0 – Dependente (incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica)

LAVAR-SE:

- 5 – Independente (entra e sai sozinho do banho)
- 0 – Dependente (precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar ou não se lava e seca sozinho)

ARRANJAR-SE:

- 5 – Independente (lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda)
- 0 – Dependente (necessita de ajuda para se arranjar)

VESTIR-SE:

- 10 – Independente (veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos, cintos e sapatos)
- 5 – Necessita de Ajuda (veste e despe a roupa parcialmente)
- 0 – Dependente (não se veste ou despe sozinho)

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento)

- 10 – Continência Normal
- 5 – Episódios de incontinência (episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios ou enema)
- 0 – Incontinência

ELIMINAÇÃO VESICAL: (avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento)

- 10 – Continência Normal (é capaz de cuidar do cateter se o tiver colocado)
- 5 – Um episódio diário (como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar da sonda)
- 0 – Incontinência

IR AO SANITÁRIO:

- 10 – Independente (para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa)
- 5 – Necessita de Ajuda (para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho)

- 0 - Dependente

TRANSFERIR-SE:

- 15 – Independente (para ir da cadeira para a cama)
- 10 – Necessita de Ajuda (mínima para o fazer)
- 5 – Necessita de Ajuda Significativa para o fazer (mas é capaz de manter-se sentado sozinho)
- 0 – Dependente

DEAMBULAR:

- 15 – Independente (caminha sem ajuda cerca de 50 metros)
- 10 – Necessita de Ajuda (física ou supervisão para caminhar 50 metros)
- 5 – Move-se em cadeira de rodas sem ajuda
- 0 – Dependente

ESCADAS:

- 10 – Independente (para subir ou descer escadas)
- 5 – Necessita de Ajuda Física (ou supervisão para o fazer)
- 0 – Dependente

Soma do Índice: _____

Grau de Dependência: _____

Grau de dependência em função do resultado					
	Total	Grave	Moderado	Leve	Independente
Soma Índice	<20	20-35	40-55	≈60	100

Nota: Pontuação máxima 100 pontos, 90 se se mover em cadeira de rodas.

Anexo 6 - Escala de Quedas de Morse

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

HISTÓRIA DE QUEDAS: (recentes ou nos últimos 3 meses)

- 0 - Não
- 25 - Sim

É avaliado em 25 se o doente caiu durante o internamento actual, ou se tem uma história recente de quedas, relacionadas com a postura ou tonturas. Se o doente não caiu é avaliado em 0. Nota: se o doente cai pela primeira vez, a avaliação passa de imediato a 25.

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

- 0 - Não
- 15 - Sim

É avaliado em 15 se tem mais de um diagnóstico médico na sua informação clínica, caso contrário é avaliado em 0.

APOIO PARA DEAMBULAR:

- 0 - Sem necessidade de ajuda, usa cadeira de rodas, scamedo
- 15 - Usa bengala, canadiana ou andarilho
- 30 - Apoia-se no mobiliário para andar

É avaliado em 0 se o doente caminha sem ajudas (mesmo que ajudado por profissional de saúde), usa cadeira de rodas ou está confinado ao leito e não consegue movimentar-se. Se usa bengala, canadiana ou andarilho é avaliado em 15; se o doente deambula amparado ao mobiliário como suporte, avaliar em 30.

TERAPÊUTICA INTRAVENOSA/ TORNEIRA DE HEPARINA:

- 0 - Não
- 20 - Sim

É avaliado em 20 se o doente tem uma perfusão intravenosa ou um sistema para administração de heparina, se não é avaliado em 0.

POSTURA/ TRANSFERÊNCIA:

- 0 - Normal/ Confinado ao leito/ imobilizado
- 10 - Fraco
- 20 - Dificuldade em se transferir da cadeira ou da cama

Uma postura normal é caracterizada por um doente andar com a cabeça erecta e movimentar os braços sem restrições. A postura é avaliada em 0. Com uma postura fraca, é avaliado em 10, tem uma postura curvada mas é capaz de endireitar a cabeça enquanto anda sem perder o balanço. Os passos são pequenos e o doente pode baloiçar. É avaliado em 20 quando o doente tem dificuldade em se erguer da cadeira, fazendo tentativas de se levantar com balanceamento, a cabeça está baixa olhando para o chão. Devido ao equilíbrio ser fraco, o doente tenta apoiar-se no mobiliário, numa pessoa, ou em uma ajuda e não pode andar sem algum tipo de apoio.

STATUS MENTAL:

- 0 – Orientado nas suas capacidades
- 15 – Esquece-se das limitações que tem

Ao usar a escala, o status mental é medido por avaliação do próprio doente acerca da sua capacidade para deambular. Questionar o doente se "é capaz de ir à casa de banho sozinho ou se necessita de ajuda?" Se o doente responder avaliando a sua capacidade de forma consistente com a avaliação profissional, é avaliado em 0. Se a resposta não é consistente com a avaliação profissional ou a resposta do doente é irrealista, considera-se que está a super estimar as suas capacidades e a esquecer-se das suas limitações, sendo avaliado em 15.

Soma do Score: _____

Nível de Risco: _____

Acção: _____

Indicações:

Soma do Score	Nível de Risco
0-24	Sem risco
25-50	Risco baixo
>51	Risco elevado

Anexo 7 - Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

PERCEPÇÃO SENSORIAL

Capacidade de reacção significativa ao desconforto:

1. Completamente limitada

Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.

2. Muito limitada

Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.

3. Ligeiramente limitada

Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.

4. Nenhuma limitação

Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.

HUMIDADE

Nível de exposição da pele à humidade:

1. Pele constantemente húmida

A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.

2. Pele muito húmida

A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.

3. Pele ocasionalmente húmida

A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.

4. Pele raramente húmida

A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.

ACTIVIDADE

Nível de actividade física:

1. Acamado

O doente está confinado à cama.

2.Sentado

Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.

3.Andar ocasionalmente

Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.

4.Andar frequentemente

Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.

MOBILIDADE

Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo:

1.Completamente imobilizado

Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.

2.Muito limitada

Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.

3.Ligeiramente limitado

Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.

4.Nenhuma limitação

Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.

NUTRIÇÃO

Alimentação habitual:

1.Muito pobre

Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.

2.Provavelmente inadequada

Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.

3.Adequada

Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma

geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.

4. Excelente

Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.

FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO

1. Problema

Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contracturas ou agitação leva a fricção quase constante.

2. Problema potencial

Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.

3. Nenhum problema

Movimenta-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.

Total do Score: _____

Classificação do Risco: _____

Escala Braden		Classificação do Risco			
		Alto Risco	Risco Moderado	Risco Baixo	Sem Risco
Idade	< 75	= < 12	13-14	15-16	>17
	> 75	= < 12	13-14	15-18	>19

Anexo 8 - Folha de registo

	Nome:				
	Idade:	Data de internamento:			
- Antecedentes - Diagnóstico - Motivo de internamento	AP:				
Avaliação da pessoa					
Sensação Reparação					
Conferencia Familiar					
Plano					
Respiração					
Circulação Temperatura					
Nutrição Digestão					
Eliminação					
Tegumentos Volume de Líquidos					
Actividade Motora					
Exames Terapias					
Outras Observações					
	Escalas(/):	Braden:	Barthel:	Morse:	Karnofsky __/__

Anexo 9 - Lista da IAHC dos fármacos essenciais em Cuidados Paliativos

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care			
MEDICATION	FORMULATION	IAHPC INDICATION FOR PALLIATIVE CARE	WHO ESSENTIAL MEDICINES MODEL LIST SECTION, SUBSECTION, AND MEDICATION
Amitriptyline ^a	50-150 mg tablets	Depression Neuropathic pain	24.2.1-Depressive disorders
Bisacodyl ^b	10 mg tablets 10 mg rectal suppositories	Constipation	Not included
Carbamazepine ^b	100-200 mg tablets	Neuropathic pain	5-Anticonvulsants/antiepileptics 24.2.2-Bipolar disorders
Citalopram (or any other equivalent generic SSR) except paroxetine and fluvoxamine	20 mg tablets 10 mg/5 mL oral solution 20-40 mg injectable	Depression	Not included
Codine	30 mg tablets	Diarrhea Pain—mild to moderate	2.2-Opioid analgesics 17.5.2-Antidiarrheal
Dexamethasone	0.5-4 mg tablets 4 mg/mL injectable	Anorexia Nausea Neuropathic pain Vomiting	3-Antiallergics and anaphylaxis 8.3-Hormones and antihormones
Diazepam	2.5-10 mg tablets 5 mg/mL injectable 10 mg rectal suppository	Anxiety	1.3-Preoperative sedation short-term procedures 5-Anticonvulsants/antiepileptics 24.3-Generalized anxiety, sleep disorders
Diclofenac	25-50 mg tablets 50 and 75 mg/3 mL injectable	Pain—mild to moderate	Not included
Diphenhydramine	25 mg tablets 50 mg/mL injectable	Nausea Vomiting	Not included
Fentanyl (transdermal patch)	25 µg/h 50 µg/h	Pain—moderate to severe	Not included
Gabapentin	300 mg or 400 mg tablets	Neuropathic pain	Not included
Haloperidol	0.5-5 mg tablets 0.5-5 mg drops 0.5-5 mg/mL injectable	Delirium Nausea Vomiting Terminal restlessness	24.1—Psychotic disorders
Hyoscine butylbromide	20 mg/1 mL oral solution 10 mg tablets 10 mg/mL injectable	Nausea Visceral pain Terminal respiratory congestion Vomiting	Not included
Ibuprofen	200 mg tablets 400 mg tablets	Pain—mild to moderate	2.1—Nonopioids and NSAIDs
Levomethopazine	5-50 mg tablets 25 mg/mL injectable	Delirium Terminal restlessness	Not included
Loperamide	2 mg tablets	Diarrhea	Not included
Lorazepam ^c	0.5-1-2 mg tablets 2 mg/mL liquid/drops 2-4 mg/mL injectable	Anxiety Insomnia	Not included
Megestrol acetate	160 mg tablets 40 mg/mL solution	Anorexia	Not included
Methadone (IR)	5 mg tablets 1 mg/mL oral solution	Pain—moderate to severe	24.5-Substance dependence
Metoclopramide	10 mg tablets 5 mg/mL injectable	Nausea Vomiting	17.2-Antiemetics
Mirtazapine	1-5 mg/mL injectable	Anxiety Terminal restlessness	Not included
Mineral oil enema			Not included
Mirtazapine (or any generic dual action NaSSA or SNRI)	15-30 mg tablets 7.5-15 mg injectable	Depression	Not included
Morphine	IR: 10-60 mg tablets IR: 10 mg/5 mL oral solution IR: 10 mg/mL injectable SR: 10 mg tablets SR: 30 mg tablets	Dyspnea Pain—moderate to severe	2.2-Opioid analgesics Note: Only IR is included in the WHO Model List—SR morphine is not.
Oxycodone	100 µg/mL injectable	Diarrhea Vomiting	Not included
Oral rehydration salts		Diarrhea	17.5.1-Oral rehydration
Oxycodone	5 mg tablets	Pain—moderate to severe	Not included
Paracetamol (acetaminophen)	100-500 mg tablets 500 mg rectal suppositories	Pain—mild to moderate	2.1-Nonopioids and NSAIDs
Prednisolone (as an alternative to dexamethasone)	5 mg tablet	Anorexia	3-Antiallergics and anaphylaxis 8.3-Hormones and antihormones 21.2-Anti-inflammatory agents
Senna	8.8 mg tablets	Constipation	17.4-Laxatives
Tramadol	50-100 mg IR tablets 10 mg/5 mL oral solution 50 mg/mL injectable	Pain—mild to moderate	Not included
Trazodone	25-75 mg tablets 50 mg injectable	Insomnia	Not included
Zolpidem (atolol patented)	5-10 mg tablets	Insomnia	Not included

Complementary: Bupivacaine special transdermal delivery method
^a Side effects limit dose
^b Alternatives to amitriptyline and tricyclic antidepressants should have at least one drug other than dexamethasone
^c For short-term use (insomnia)

Abbreviations: IAHC = International Association for Hospice and Palliative Care; WHO = World Health Organization; SR = sustained-release formulation; NSAID = nonsteroidal anti-inflammatory medicine; IR = immediate-release; NaSSA = noradrenergic and specific serotonergic antidepressant; SNRI = serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor; SR = sustained release

Anexo 10 - Certificado de Participação na 3ª Jornada de Fisioterapia em Cuidados Continuados



Anexo 11 - Pedido de autorização para realização do Projecto de Intervenção

Castelo Branco, 6 de Fevereiro de 2013

Assunto: Pedido de autorização para a realização do Projeto de Intervenção

Exma. Dr.ª Teresa Parra

Sou aluna do Mestrado em Cuidados Paliativos na Escola Superior de Saúde Dr.ª Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

No âmbito das atividades do terceiro semestre deste mestrado venho propor-lhe a realização de um Projeto de Intervenção no Lar de São Tomás.

O projeto que pretendo desenvolver tem por objetivo incrementar a avaliação da intensidade dor em todos os utentes, uma vez que tenho a perceção que este é um indicador que pode ser melhorado nesta estrutura residencial para idosos e atentos os benefícios que poderão daí advir, nomeadamente, potenciando um maior controlo da dor e, conseqüentemente, uma melhoria da prestação de cuidados.

Este projeto compreenderá várias atividades, designadamente, ações de sensibilização para a importância da dor enquanto 5ª sinal vital, um *workshop* para criar as normas orientadoras da avaliação da intensidade da dor e uma formação em serviço para sensibilizar para a importância da comunicação enquanto ferramenta face à dor. A intervenção irá decorrer de Fevereiro a Julho de 2013 e os recursos necessários à execução deste projeto serão da minha total responsabilidade, não acarretando a concretização do mesmo qualquer tipo de custo para a instituição.

Solicito assim que autorize a realização do referido Projeto de Intervenção no Lar de São Tomás, estando à sua disposição para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos

Anexo 12 - Autorização para realização do Projecto de Intervenção

Lar de S. Tomás
Serra da Raposa
6000-631 Salgueiro do Campo

Exmo. Sr^a.
Ângela Gonçalves
6000 Castelo Branco

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização do Projeto de Intervenção

A Direcção do Lar de S. Tomás, vem por este meio autorizar a realização do Projeto de Intervenção.

Tanto os seus utentes como todo o pessoal a felicitam por tal iniciativa.

Agradecendo desde já a Sua escolha na Instituição, o Nosso bem-haja.

Com os melhores cumprimentos pessoais.

Salgueiro do Campo, 18 de Fevereiro de 2013

 DIRETOR
Lar de S. Tomás
Contribuinte N.º 204 024 351
Serra da Raposa - Estrada Nacional 112
6000-631 Salgueiro do Campo