



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

Relatório da prática clínica

Controlo da Dor crónica em Cuidados Paliativos com TENS e Comunicação

Mestrado em Cuidados Paliativos

Elisa Maria Gonçalves Ferreira

Orientador

Dr. Eduardo José Brazete Cruz

Coorientador

Mestre Ângela Sofia Lopes Simões

Julho de 2013



Relatório da prática clínica

Controlo da Dor crónica em Cuidados Paliativos com TENS e Comunicação

Elisa Maria Gonçalves Ferreira

Orientador

Professor Doutor Eduardo José Brazete Cruz

Coorientador

Mestre Ângela Sofia Lopes Simões

Relatório de Estágio 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, realizada sob a orientação científica do Professor Coordenador do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal Professor Doutor Eduardo José Brazete Cruz, e coorientação da Assistente Convidada pela Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Mestre Ângela Sofia Lopes Simões do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Julho de 2013

Dedicatória

Este trabalho é dedicado
à minha alma gémea, José Maria, e aos nossos filhos
Inês e Rafael!

Agradecimentos

Este trabalho é o resultado de muito empenho e dedicação que obtive durante todo o desenrolar nas várias fases deste projeto, da minha família e vários amigos. Agradeço ao meu marido, que literalmente pegou as rédeas dos afazeres da casa e responsabilidades com os filhos, deixando-me liberta para trabalhar. Aos meus pais, irmã e cunhado, que estiveram sempre na retaguarda sob alguma lacuna.

Agradeço, a duas novas colegas minhas, que me orientaram nas “novas tecnologias”, fazendo-me acreditar que tudo é possível.

E, evidentemente, não posso deixar de expressar o meu profundo agradecimento aos meus orientadores, pelo facto de generosamente partilharem comigo a sua sabedoria e vastos conhecimentos, e a sua valorosa disponibilidade que sempre prestaram.

Um agradecimento especial à equipa de CP do HL nomeadamente às Fisioterapeutas que me acompanharam e me orientaram com tanto profissionalismo.

E, de uma forma generalizada, agradeço a todos os doentes e suas famílias que me permitiram manifestar a minha aprendizagem, quando estes, espantosamente desafiavam diariamente a esperança de um desfecho tranquilo. E, às minhas formandas, que adiaram as suas tarefas e companhia dos seus familiares durante as horas da formação.

A todos, obrigada.

Resumo

Este relatório reporta ao estágio realizado no âmbito da Prática Clínica 1º Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, que decorreu no período entre Fevereiro e Maio.

Pretende salientar as diversas atividades presenciais frequentadas durante o período de estágio, as aprendizagens, os pontos de ligação entre os conteúdos teóricos e a sua aplicação na prática desenvolvida, assim como proceder a uma avaliação do resultado pedagógico do estágio, sendo ainda sustentadas as afirmações através de bibliografia pertinente.

Sendo que a parte prática é de 300 horas, foram realizadas 80 horas no HL no período de 28 de Fevereiro a 8 de Março, e 120 horas, no SMPHF de 15 a 30 no mês de Abril, de acordo com as disponibilidades das respetivas equipas.

As restantes 100 horas foram dedicadas no meu local de trabalho a um projeto de intervenção, sobre a área da comunicação durante o mês de Maio.

O controlo da dor é encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, e embora a farmacologia continue a ser uma opção dominante da sua gestão, o tratamento não farmacológico pode vir a conquistar maior espaço nesse controlo assim como contribuir para melhorar a qualidade de vida global do paciente.

Dentro dos tratamentos não farmacológicos, o relatório irá focar o TENS no controlo da dor crónica, sendo esta uma técnica analgésica simples e não invasiva, amplamente utilizada pelos fisioterapeutas.

Porém, o relatório evidencia a comunicação/ relação terapêutica. Junto com o controlo proficiente da dor e trabalho de equipa interdisciplinar, o uso adequado de habilidades de comunicação e relações interpessoais constitui o fundamento tríade que sustenta os cuidados paliativos.

Com o plano de intervenção, formação em “Comunicação na interação do cuidado no doente”, procurou-se a disseminação para as questões em torno da humanização dos cuidados de saúde junto de um grupo de profissionais que diariamente praticam ações paliativas, as auxiliares de lar e centro de dia e apoio domiciliário.

O estágio realizado foi no geral ao encontro dos objetivos previamente estabelecidos, permitindo, por um lado a aquisição viva e participada de conhecimentos e, por outro, o desenvolvimento de normas de conduta clínica no âmbito dos Cuidados Paliativos, imprescindíveis à formação básica, e que serão úteis no futuro em qualquer área de diferenciação, nomeadamente na Fisioterapia.

Palavras-chave

Cuidados Paliativos; Fisioterapia; Dor Crónica; TENS; Comunicação.

Abstract

This report refers training developed under the clinical practice 1st master in Palliative Care of Escola Superior at Saúde Dr. Lopes Dias, of the Instituto Politécnico de Castelo Branco, which took place in the period between February and May.

Wishes to emphasize the various classroom activities attended during the probationary period, the learning, the connection between theoretical concepts and their practical application development, as well as carry out an assessment of the outcome of the pedagogical training, still being supported by the statements of relevant literature.

The practical part is 300 hours, 80 hours were held in HL from February 28 to March 8, and 120 hours, in SMPHF of 15 to 30 in April, according to the availabilities of the respective teams.

The remaining 100 hours were dedicated in my workplace to an intervention project on the communication during the month of May.

Pain control is seen as a priority in the provision of health care, and although Pharmacology continue to be a dominant pain management option, non-pharmacological treatment can come to conquer more space in this control as well as contribute to improve the overall quality of life of the patient.

Within the non-pharmacological treatments, the report will focus on the TENS in chronic pain control, which is a simple and non-invasive analgesic technique, widely used by physical therapists.

However, the report highlights the therapeutic relationship/communication. Along with the proficient control of pain and interdisciplinary teamwork, proper use of communication skills and interpersonal relationships are the triad basis that sustains of palliative care.

With the intervention plan, training on "Communication in the interaction of the patient care", sought to spread the questions around the humanization of health care with a group of professionals who daily practice palliative cares, auxiliaries and home day care and home support.

The training developed achieved the objectives previously established in general, allowing on the one hand the acquisition of knowledge and shared living and, secondly, the development of clinical standards of conduct within the Palliative Care, essential to the basic training, and that will be useful in the future in any area of differentiation, including physiotherapy.

Keywords

Palliative Care; Physiotherapy; Chronic Pain; TENS; Communication.

Índice geral

Agradecimentos.....	V
Abstract	IX
Índice geral	XI
Introdução.....	1
1. Modelo organizacional e Funcionamento	5
1.1. Caracterização Física de HL e SMPHF	6
1.2 Constituição das Equipas de HL e SMPHF	8
1.3 Tipologia de Prestação de Cuidados.....	11
1.4 Modelo de Prestação de Cuidados.....	13
2. Objetivos e Competências: A reflexão da aquisição	17
2.1 Casos clínicos vivenciados	33
3. Projeto de intervenção em serviço	49
3.1 A Comunicação na interação do cuidado	50
3.2 Planeamento	51
3.2.1 Plano de intervenção.....	52
3.2.2 Plano de formação	54
3.2.3 Desenvolvimento do Plano de Formação	57
3.2.4 Avaliação do Plano de intervenção/formação	57
Conclusão	61
Bibliografia	65
Anexos	73
Anexo I - Escala de ESAS (Escala da Avaliação de Sintomas de Edmonton).....	74
Anexo II - Índice de Karnofsky	76
Anexo III - The Zarit Burden Interview.....	78
Anexo IV- Escala de Barthel.....	80
Anexo V - Escala de Morse.....	82
Anexo VI - Escala de Braden	84
Anexo VII - Certificado de Competências Pedagógicas	87
Anexo VIII - Declaração de Experiencia Formativa	90
Apêndices	93
Apêndice I - Folha de síntese de conteúdos para a formação	94
Apêndice II- Poster	96
Apêndice III - Diapositivos principais da formação	98

Lista de tabelas

Tabela 1 – Formação em CP dos profissionais de HL.....9

Tabela 2 - Plano de Sessões da formação “Comunicação na interação no cuidado”.....44

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APCP: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

DGERT: Direção Geral de Emprego e das Relações de Trabalho

CP: Cuidados Paliativos

CF: Conferencia Familiar

ESALD: Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

ESMO: European Society of Medical Oncology

HF: Hospital do Fundão

HL: Hospital da Luz

IAHPC: Internacional Association for Hospice and Palliative Care

IPCB: Instituto Politécnico de Castelo Branco

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNCP: Programa Nacional de Cuidados Paliativos

SCMCB: Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco

WCPT: World Confederation for Physical Therapy

Introdução

O presente Relatório da Prática Clínica insere-se na última etapa do 1º Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Procura descrever e relatar o modo como foi desenvolvida a prática clínica e como se considera ter atingido os objetivos propostos no projeto previamente elaborado, justificando as intervenções e afirmações com bibliografia respeitante.

O relatório está estruturado em três partes distintas que no fim se interligam. Para além da introdução e conclusão, na parte I, contextualiza a descrição sumária do modelo de organização e funcionamento dos serviços/equipas de CP onde estagiei, a sua caracterização e reflexão crítica, baseada em fontes de informação e base de dados que vão de encontro à observação.

A parte II identifica as competências adquiridas nas áreas-chave dos CP, nomeadamente, comunicação, controlo de sintomas, o apoio à família e no trabalho em equipa, no decorrer da minha prática clínica e dentro da minha área de exercício profissional, a Fisioterapia. Refere ainda, as competências e objetivos propostos e como estes foram atingidos, pormenorizando as atividades realizadas para a concretização dos mesmos.

Na parte III é descrito o projeto de intervenção no meu local de trabalho, identificando a área do problema, o objetivo, o plano pedagógico da formação e de intervenção, fundamentando as suas diferentes etapas, desde o planeamento, à realização e avaliação, incluindo o aprofundamento do tema selecionado.

Ao longo de todo o relatório sustenta-se as afirmações recorrendo a autores, com publicações recentes na área dos Cuidados Paliativos. No final, encontrar-se-á a bibliografia consultada, anexos e apêndices. Os métodos de recolha abrangem paradigmas de pesquisa e abordagens qualitativas de forma a contribuir com o seu estudo para definições que permitam a explicação e/ou facilitação da sua compreensão (1).

O Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, disposto aos profissionais de saúde, contribui para o incremento dos conceitos em torno da prática dos cuidados e sobrevém para a mudança de paradigmas de atuação. Em simultâneo, oferece respostas para uma necessidade emergente da sociedade portuguesa, mostrando-se atenta à realidade social e de saúde.

O Homem tem tentado aliviar o sofrimento do seu semelhante, desde o seu aparecimento na terra. Os nossos antepassados não dispunham de antibióticos, e então, toda a habilidade que possuíam era canalizada para o alívio e a palição. No século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o que mais podia fazer um médico senão exercer uma medicina paliativa? Por mais que ele desejasse, havia muito

poucas doenças passíveis de serem submetidas aos tratamentos curativos. Entretanto as realidades foram-se alterando. Descobertas e aperfeiçoamentos ocorreram em todos os campos da medicina – radiologia, medicina nuclear, imunologia, radioterapia, quimioterapia (2). Enquanto tudo isso acontecia, mudanças sutis ocorriam no pensamento e nas atitudes dos profissionais de saúde. Imperceptivelmente os médicos começaram a mudar o objetivo, passando do cuidado paliativo para a cura absoluta.

Os hospitais passaram a ser considerados como lugar de investigação e tratamento. A morte deixou de ser considerada um facto da vida como sempre o fora, mas derrota médica, ou pior ainda, um embaraço estatístico.

Os Cuidados Paliativos, movimento iniciado em Inglaterra na década de 60, e que posteriormente se foi alargando ao Canadá, Estados Unidos e mais recentemente (no último quartelão do século XX) à restante Europa, teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos doentes incuráveis, para a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que teriam que ser dispensados a esta população (2).

São cuidados que se definem como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. Cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo (3, 4). Em Portugal, são uma atividade recente, tendo as primeiras iniciativas surgido apenas no início dos anos 90 do século passado (5).

Durante o percurso na atividade profissional na área da saúde, quantos de nós não ouviram os seus doentes desabafarem perguntando o porquê. O porquê do sofrimento? O porquê de estar doente? O porquê de se morrer? Porém, depreende-se que eles não esperam resposta, apenas desejam alguém que os oiça, alguém com quem partilhar a sua frágil humanidade. Alguém que saiba que a presença partilhada num dos momentos mais solitários da vida é de uma preciosidade além das palavras.

Podemos reconhecer a morte de um ponto de vista cultural, religioso, científico ou histórico, mas continuamos sem saber o que mais nos toca: O sentimento de impotência! O conhecimento da finitude humana é essencial ao saber de todos que trabalham na área da saúde, pois a morte mais cedo ou mais tarde, fará parte do seu quotidiano. Se não se entender nem a morte nem os sentimentos que daqui advêm, como entender o doente nos seus momentos finais de vida, os seus anseios ou medos, as suas dúvidas ou inquietações? Como, efetivamente, se pode auxiliar alguém, quando sua a cura já não é mais possível! Que recursos disponíveis se possuem como seres humanos e profissionais que nos auxiliam para esse cuidar?

Eu própria senti o apelo nas lacunas da minha profissão, e a necessidade de colmata-las, procurando esclarecimentos na discência deste mestrado.

Dada a natureza da estrutura curricular, o plano de estudos estabelece a elaboração de um projeto, onde se define os objetivos e competências de todo um plano de trabalho que se propõe realizar. Após a sua aceitação pelo Conselho Técnico-científico, transpõe-se desenvolver essa prática clínica/assistencial num serviço/equipa de cuidados paliativos.

Relativamente à opção dos locais do estágio, esta recaiu em duas unidades de serviços reconhecidas, procurando na conjugação obter um conjunto de experiências diferentes e contextos distintos. O relatório enquadra-se assim numa reflexão crítica da prática clínica/assistencial em dois serviços de cuidados paliativos, integrando e mobilizando os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o curso. Assim, e como objetivos gerais, procura-se refletir criticamente sobre a tipologia e modelo de organização dos serviços escolhidos, e adquirir competências instrumentais, interpessoais e sistémicas na minha área profissional, de modo a garantir e a preservar a dignidade de doentes e famílias.

A parte prática foi no total de 300 horas. Foram realizadas 80 horas no HL no período de 28 de Fevereiro a 8 de Março, e 120 horas, no SMPHF de 15 a 30 no mês de Abril, oito horas por dia, de acordo com as disponibilidades das respetivas equipas. Esta prática foi feita sob a orientação e supervisão de um orientador fisioterapeuta, pertencente ao serviço/equipa de CP onde fui integrada.

As restantes 100 horas foram dedicadas no meu local de trabalho a um projeto de intervenção, sobre a área da comunicação durante o mês de Maio. Uma das motivações para a concretização deste Plano de Intervenção, consistiu na ambição de contribuir para a disseminação dos valores e filosofia dos CP, e na possibilidade de cooperar na renovação de atitudes perante o cuidar do outro.

Os estágios de prática clínica constituem verdadeiras oportunidades a uma aproximação da integração conhecimento/experiência, emergindo no contexto real de componentes profissionais, num processo de formação. Como refere Benner, as competências desenvolvem-se ao longo de toda a vida em contextos de trabalho e formação, de forma gradativa; o seu desenvolvimento mais ou menos rápido deve-se à capacidade que cada um tem de interiorização e reflexão, associadas às suas características individuais e às dos contextos de trabalho (6).

Este relatório tem como finalidade demonstrar a forma como atingi os diversos objetivos e competências, previamente definidos pela Adenda ao Regulamento do Mestrado em CP, sendo eles:

- “Refletir criticamente sobre a tipologia e o modelo de organização do (s) serviço (s) observado (s)”.

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

Como competências;

- Integrar os princípios e a filosofia Cuidados Paliativos (CP) na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde;
- Analisar valores e crenças pessoais em diferentes contextos de CP;
- Avaliar e aliviar a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica;
- Atuar como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade;
- Avaliar e controlar necessidades psicossociais e espirituais dos pacientes e família;
- Atuar como consultor em aspetos éticos, legais e culturais inerentes aos CP;
- Comunicar de forma terapêutica com paciente, familiares e equipa de saúde; Implementar programas de luto para pacientes e familiares;
- Implementar e monitorizar planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da equipa de CP;
- Estruturar e implementar programas em CP;
- Avaliar a qualidade dos serviços e programas implementados.

Também estabeleci alguns objetivos um pouco mais específicos e concretos;

- Especificamente ao controlo de sintomas, pretende-se abordar e salientar o benefício da intervenção não farmacológica, recorrendo ao vasto leque de técnicas e métodos da fisioterapia, enfatizando o controlo da dor crónica recorrendo especialmente à estimulação elétrica transcutânea (TENS) se assim fosse indicado e benéfico.

1. Modelo organizacional e Funcionamento

Numa fase inicial do desenvolvimento dos cuidados paliativos, estes dirigiam-se essencialmente e quase unicamente aos doentes do foro oncológico, nas fases mais avançadas da sua doença. Contudo, para dar resposta às necessidades da diversidade de doentes em elevado sofrimento associado à doença, os alvos dos cuidados paliativos mudaram (7).

Em 2002, a OMS alterou o conceito, definindo os cuidados paliativos 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”.

Mas nunca é demais realçar aspetos adotados pela APCP e pela ANCP:

- Os cuidados paliativos afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, pelo que não pretendem provoca-la ou atrasá-la, através da eutanásia ou de uma “obstinação terapêutica” desadequada.
- Os cuidados paliativos têm como objetivo central o bem-estar e a qualidade de vida do doente, pelo que deve disponibilizar tudo aquilo que vá de encontro a essa finalidade, sem recorrer a medidas agressivas que não tenham esse objetivo em mente.
- Os cuidados paliativos promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessária formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem – física, psicológica, social e espiritual – e uma prestação de cuidados de saúde verdadeiramente interdisciplinar. Médico, enfermeiro e assistente social serão os elementos básicos da equipa mas são desejáveis outros contributos, equacionados sempre em função das necessidades do binómio doente-família.
- Os cuidados paliativos são oferecidos com base nas necessidades, e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença – qualquer que ela seja – quando o sofrimento é intenso e outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estão a ser utilizadas.
- Os cuidados paliativos, tendo a preocupação de abranger as necessidades das famílias e cuidadores, prolongam-se pelo período do luto. A unidade recetora de cuidados é sempre “doente família” e não devem considerar-se realidades desligadas.

- Os cuidados paliativos pretendem ser uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, pelo que utilizam ferramentas científicas e se integram no sistema de saúde, não devendo existir margem do mesmo.

Os critérios da qualidade apresentados pela APCP são consensualmente considerados credíveis, e entendem-se como uma plataforma para o desenvolvimento de futuros protocolos nesta área. Critérios esses que contemplam três componentes processuais, que são eles, o cuidado ao doente e família, o trabalho em equipa e avaliação e melhoria da qualidade.

A essência da qualidade do trabalho em equipa contempla, a formação contínua e investigação, o sistema de trabalho em equipa, o cuidado e suporte dessa equipa, e a coordenação entre diferentes níveis de unidades e outros serviços de apoio.

Neste sentido, será efetuada tanto para o serviço de cuidados paliativos do HL como para o SMPHF, uma análise descritiva, dentro dos tópicos referidos, da caracterização física e organizacional, assim como o do seu modelo de prestação de cuidados, constituição das equipas e sua formação na área de CP.

A reflexão crítica, será acompanhada na descrição ao longo do texto, sustentada a publicações recentes na área dos CP.

Objetando as competências planeadas como o facto de atuar como consultor em aspetos éticos, legais e culturais inerentes aos CP e avaliar a qualidade dos serviços e programas implementados, estimar a equipa transdisciplinar é condição indispensável em Cuidados Paliativos.

1.1. Caracterização Física de HL e SMPHF

O edifício do H.L. localiza-se na cidade de L., com bons acessos rodoviários e de metropolitano. É distinta pela sua arquitetura moderna, não só exteriormente, mas também no seu interior onde podemos encontrar uma estrutura e decoração que conjugam o conforto e a privacidade dos doentes com a estética e harmonia visual.

A sua inovação tecnológica também é digna de destaque, não só no que respeita aos equipamentos clínicos recentes como para os sistemas de informação bem estruturados. Usufruindo da presente tecnologia avançada, disponibiliza os colaboradores para as diversas valências clínicas, o que permite uma abordagem completa e particularizada dos doentes.

A unidade de CP localiza-se no mesmo piso da unidade de cuidados continuados, imediatamente do lado oposto, sendo separadas pelo balcão de receção dos funcionários administrativos, que se une com um outro balcão de maior dimensão,

utilizados pelos diversos elementos da equipa de CP, e que está abastecido com diversos computadores. O que vai de encontro com o recomendado pela APCP, sendo que o secretariado deve funcionar numa zona própria (2).

Em frente, separada por um largo corredor existe uma sala de estar acolhedoramente espaçosa, e com excelente iluminação natural. Atrás deste balcão está uma sala de trabalho, com vários materiais de tratamento, arrumos devidamente identificados, um quadro de indicação da distribuição do enfermeiro responsável pelos respetivos doentes, e uma pequena sala com computadores utilizada frequentemente para registos. Na mesma área, temos acesso ao gabinete da coordenadora de enfermagem, a uma sala de pausa utilizada pelos colaboradores, uma casa de banho para o pessoal do serviço, e duas salas de armazenamento de material clínico.

Os quartos da unidade de CP são individuais, com casa de banho, todos eles amplos e bem iluminados por luz natural, proveito resultante da parede toda envidraçada que dá para o exterior. Os quartos dos cuidados continuados têm as mesmas características, mas com duas camas. A decoração, toda ela harmoniosa, composta por mesa singelamente embelezada, cadeiras e um sofá individual. Televisão em suporte amovível com diversos canais.

Segundo as recomendações da APCP (2) num internamento, a consideração na estrutura física, o número de camas desejável vai de 10 a 20, com mais de 50% de quartos individuais para evitar a massificação e despersonalização dos cuidados. As camas devem ser articuladas, e disposto um colchão adequado. A iluminação deve ser natural e de boa qualidade, e garantir o menor ruído possível do exterior. Deve ser estimulada a personalização do quarto, e o doente deve ser encorajado a levar objetos pessoais para o internamento. Devem existir condições no quarto para o acompanhamento 24 horas/dia. A casa de banho é desejável mas não obrigatória, podendo existir zona de banhos adaptada

As unidades, Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados, do HL, são unidas por um longo e largo corredor que nas suas extremidades têm mais duas salas de estar, novamente provida de uma enorme parede com vidro que permite a entrada de luz do exterior, e uma agradável vista sobre esta zona de Lisboa. As recomendações da APCP sugerem que deve existir pelo menos uma sala para atendimento específico dos familiares, assim como a equipa de trabalho deve dispor de uma sala de reuniões para além de uma zona de descanso (2).

Sensivelmente, a meio deste corredor, encontra-se ainda uma ampla e airosa sala de refeições que pode ser utilizada pelos utentes internados. A APCP incute a existência de um espaço comum, sala ou copa, destinada a familiares que frequentem a unidade, com frigorífico e micro-ondas, que vai de encontro com o existente no serviço de HL.

O serviço de medicina paliativa do SMPHF fica no piso 1 do edifício recentemente instituído (2010) neste complexo hospital, conjuntamente com o serviço de medicina,

logo na ala oposta. Estes serviços estão separados por um espaço de atendimento administrativo, que é assegurado continuamente por uma colaboradora que atende e orienta visitas e/ou telefonemas, e um pequeno espaço com sofás servindo de sala de espera. Em frente, uma confortável sala, decorada com vários tons alegres, que funciona como um pequeno espaço a ser utilizado para a conferência com familiares ou reuniões de equipa.

O serviço de medicina paliativa é composto por dez camas, onde existem dois quartos individuais sendo os restantes quartos duplos. Os quartos são relativamente amplos, com airosa janela para o exterior, que permite a entrada de luz natural e a panorâmica agradável desta zona da cidade. Está equipada com cama articulada, uma mesa e cadeiras, um sofá individual, um aparelho de televisão com os canais portugueses. Possui ainda uma casa de banho interna no quarto. Os quartos duplos têm ainda a capacidade de dividir o espaço com cortinado, adereço relevante, uma vez que as camas se encontram frente a frente.

Atendendo às recomendações da APCP, no HF, 10 das camas existentes têm apenas 2 quartos individuais, e o que seria ideal era pelo menos 5 ou 6.

Logo no início do corredor, fica o gabinete de enfermagem, com uma longa secretária, onde podemos ver computadores (que são utilizados pelos enfermeiros nos registos), vários pontos de arquivos em papel. Sob esta bancada de trabalho, existe um placar onde se pode encontrar informações como, panfletos de formações, escalas de aplicação aos doentes, organigrama da distribuição dos profissionais, etc. Nesta mesma sala ainda podemos encontrar carrinhos com material de tratamento e medicação devidamente identificados, e armários de arquivo com pastas de registo em papel. Imediatamente em frente, situa-se um gabinete de tratamento, uma pequena sala para pausa do pessoal, uma sala de banhos, e um pequeno espaço de arrumos.

1.2 Constituição das Equipas de HL e SMPHF

Os Cuidados Paliativos são cuidados totais e ativos prestados por uma equipa interdisciplinar, com formação específica e com treino adequado. Pela natureza holística, envolvem os profissionais médicos, de enfermagem, assistentes sociais, cuidadores espirituais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos entre outros (8). Incluem o doente, a família e/ou cuidadores, os prestadores de cuidados, os serviços sociais, etc., na equipa e têm como objetivo uma atuação cuja finalidade é o bem-estar global do doente e da família. Neste sentido, a atuação em equipa deve enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar as pessoas a aproveitar o melhor de cada dia (9).

De forma a contribuir para a clarificação dos conceitos em torno dos cuidados paliativos e melhorar a qualidade da formação, e conseqüentemente, dos cuidados

prestados aos doentes e famílias, a Direção de ANCP apresenta um documento com um conjunto de Recomendações que considera mínimas e imprescindíveis para garantir que um programa de formação possa cumprir com requisitos mínimos que classificam como sendo específicos de CP. Esse documento foi desenvolvido com base nas recomendações e bibliografia nacional e internacional de reconhecida credibilidade.

Deste modo a formação diferenciada em CP é uma componente fundamental para a organização e qualidade deste tipo de cuidados e recursos específicos.

No que diz respeito á formação contínua e investigação, equipa do HL é uma equipa multidisciplinar, tendo a equipa nuclear formação avançada em CP, e a restante equipa formação intermédia ou básica (quadro 1). Trata-se de uma equipa extremamente dinâmica procurando continuamente a atualização de conhecimentos e preocupada com a disseminação e divulgação dos cuidados em paliativos, e desta forma realizando formações, cursos básicos, *workshops*, e apresentado trabalhos científicos e publicados em livro. Alguns profissionais participam como docentes nas edições de mestrado em CP das várias escolas do ensino superior nacionais.

Tabela 1. - Formação em CP dos profissionais de HL

Medicina	
Formação Avançada com estágio	1 Elemento
Formação Avançada sem estágio	2 Elementos
Enfermagem	
Formação Avançada com estágio	3 Elementos
Formação Avançada sem estágio	2 Elementos
Formação Intermédia com estágio	2 Elementos
Formação Intermédia sem estágio	9 Elementos
Formação Básica com estágio	1 Elemento
Psicologia	
Formação Básica com estágio	1 Elemento
Fisioterapia	
Formação Básica sem estágio	1 Elemento
Voluntários	
Formação Básica sem estágio	6 Elementos

A equipa de profissionais do SMPHF, que é comum para o serviço de medicina paliativa e para o serviço de medicina interna, é composta por uma médica, com formação avançada na área dos cuidados paliativos com a colaboração de um psicólogo, e se solicitado, a participação de dietista, farmacêutica, fisioterapeutas e de um assistente espiritual. Seguindo as recomendações da ANCP, um serviço dito de Cuidados Paliativos deve pelo menos o líder de cada grupo profissional envolvido (mínimo, médico e enfermeiro), possuir formação específica avançada ou especializada reconhecida em CP.

A equipa de enfermagem também é comum à medicina interna, contudo os elementos escalados por turno para as camas de paliativos são dois enfermeiros no período da manhã, um enfermeiro no período da tarde e um enfermeiro no período da noite. Esta distribuição não vai ao encontro da literatura existente, segundo Capelas os recursos humanos no que se refere ao rácio de enfermeiros é de 0,5-1 por doente ao longo do dia, o que em média devem existir 13-18 enfermeiro por 10 camas (10).

Doyle refere que os rácios praticados nas Unidades de Cuidados Paliativos devem ter em conta que os doentes com doença avançada, crónica e progressiva são doentes muito complexos com elevado nível de dependência, necessidades espirituais, psicológicas e sociais, concomitantemente com as necessidades da família exigindo assim, muitas horas de cuidados pelos profissionais de enfermagem (11).

A formação contínua é uma componente essencial para a melhoria dos cuidados a prestar ao doente e sua família. Esta equipa de enfermagem tem uma mestre em oncologia e uma mestre em cuidados paliativos. Como já foi salientado, e acordo com ANPC, cada líder de cada grupo profissional, no mínimo médico e enfermeiro devem ter formação específica avançada ou especializada com mais de 280h em sala e pelo menos 2 semanas de estágio em unidades reconhecidas, nível C, ou seja, pós-graduação /mestrado, os restantes elementos devem deter formação avançada, nível B, ou seja pós-graduação de 90 a 180h em sala de aula.

Na europa, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos propaga a necessidade de programas de formação em paliativos (3). Independentemente da categoria profissional, ou da organização da equipa pré-estabelecida, considero positivo o profissional possuir capacidade para se ajustar a novas situações, desafios e métodos de trabalho, contribuindo ativamente para a sua concretização e assumi-los como importantes dentro do contexto profissional em que se encontra. Da mesma forma, será favorável possuir capacidade para comunicar e influenciar as necessidades, vontades e opiniões pessoais, sem interferir com a liberdade dos outros.

Julgo ainda que nesta, como em qualquer outra área da saúde, o desenvolvimento profissional não deverá estar desarticulado da necessidade de desenvolvimento pessoal.

1.3 Tipologia de Prestação de Cuidados

Torna-se por vezes difícil definir quem é o doente terminal e qual a tipologia de doentes em cuidados paliativos. A existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e desta forma justificar a intervenção dos cuidados paliativos (8).

Têm sido feitas várias tentativas para descrever os níveis de complexidade dos doentes em CP, até por questões de planeamento e de alocação de recursos.

O Programa Nacional de CP reforça a ideia que a resposta às necessidades dos diferentes grupos de doenças com doença grave e terminal passa pela criação de uma rede alargada e integrada de serviços que abranja desde o domicílio aos cuidados em unidades de internamento específicos e em hospitais de agudos, passando pelas instituições de longa duração.

Diversos autores mencionam a existência de diferentes tipologias, Bruera e Sweeney, referem modelos de prestações de cuidados, em conjunto que constituem uma rede de assistência que supostamente permite cobrir todas as necessidades dos doentes e suas famílias. E, acrescentam que não há necessidade de todas as tipologias estarem sob a mesma estrutura administrativa ou o mesmo programa, desde que existam semelhantes instrumentos de avaliação, tratamento e protocolos ou frequente comunicação, de modo a que sejam colmatadas as necessidades do doente e família (12, 13).

De acordo com a IAHPC, não existe um modelo único e ideal de prestação de cuidados paliativos. Eles devem ser determinados com base nas necessidades e recursos locais. No entanto, recomendam a existência de serviços de referência, com equipas dedicadas especificamente a esta atividade, de apoio domiciliário, de internamento (14).

Está documentado que as unidades de internamento promovem a melhoria no controlo sintomático, reduzem tempos de medicação, e promovem uma adequação das terapêuticas e exames complementares às necessidades reais do doente, gerando assim uma clara eficiência e redução de custos (7). Incluem critérios para internamento o controlo de sintomas difíceis de resolver no domicílio ou em regime de ambulatório, ou problemas de claudicação/exaustão familiar e em casos em que haja ausência de cuidador principal.

Contudo, como refere Doyle, um número significativo de doentes pretende permanecer em casa no seu processo de doença terminal e, se possível, nela falecer. Este facto remete o imperativo da existência de uma rede de apoio domiciliário com profissionais devidamente preparados para prestar cuidados paliativos num contexto que não o internamento, capaz de oferecer apoio estruturado de forma programada e nas intercorrências (11). Sem nunca deixar de ter presente os fundamentos centrais dos cuidados paliativos, é importante rever a variabilidade e multiplicidade de

aspectos subjacentes à prática clínica e suas organizações, pois eles são indissociáveis das decisões e dos resultados obtidos.

A Unidade de Cuidados Paliativos do HL., dedica-se ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes com perda de autonomia e/ou que se encontrem em situações complexas de sofrimento associadas a doenças graves e/ou incuráveis e progressivas.

As ações desenvolvidas pela Unidade centram-se nas pessoas Doentes e nas suas Famílias e são delineadas especificamente para cada situação, através de uma abordagem integral e multidisciplinar dos problemas. Pretende-se, desta forma, garantir um apoio global aos doentes, proporcionando-lhes cuidados de saúde rigorosos e humanizados, que contribuam para o seu conforto, dignidade e qualidade de vida (16).

A Unidade de Cuidados Paliativos trabalha em estreita colaboração com todos os serviços do HL com particular destaque para as equipas de Oncologia, Neurologia, Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Unidade da Dor e Medicina Física e de Reabilitação nas suas diversas vertentes; Fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional.

Estas colaborações justificam-se pelo tipo de patologias que afetam com mais frequência os doentes que requerem os seus cuidados, nomeadamente doentes oncológicos, doentes com patologias neurológicas degenerativas (p. ex. doença de Alzheimer, doença de Parkinson), doentes com insuficiências orgânicas avançadas (p. ex. insuficiência cardíaca crónica, insuficiência renal), doentes com demências avançadas, doentes com sequelas de acidentes vasculares cerebrais (AVC), doentes pós-cirúrgicos, doentes pós-acidentes e doentes com sequelas de doenças neuromusculares (p. ex. esclerose lateral amiotrófica), fibrose quística e doenças reumatismais incapacitantes.

O SMPHF é um serviço individualizado no Hospital da cidade do F., onde os principais critérios para internamento nesta instituição são o ter residência no distrito de CB, estar na presença de diagnóstico de neoplasia com confirmação histológica e indicação do médico de família. Admite indivíduos adultos, com doença incurável documentada em fase avançada, para controlo de sintomas e/ou com problemas de âmbito social sem solução no contexto domiciliário. Conquanto, esta unidade não se encontra inscrita na Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI).

Apresentam como missão, o de prestar cuidados de saúde com eficiência, qualidade, em tempo útil e a custos socialmente comportáveis à população da sua área de influência, e a todos os cidadãos em geral. Regendo-se pelos princípios de igualdade, legalidade, proporcionalidade, colaboração e boa-fé, humanismo, tanto no relacionamento com os utentes como com os colegas de trabalho, respeito e dignidade humana. Preocupam-se com a qualidade na ação, assegurando os melhores níveis de serviço e resultados (2).

A lei de Bases dos Cuidados Paliativos consagra e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria dos CP, e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos a funcional sob tutela do Ministério da Saúde (15).

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias. Presta assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação. A equipa está integrada na unidade de cuidados paliativos, quando esta exista na mesma instituição. Esta equipa funciona de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento.

1.4 Modelo de Prestação de Cuidados

Os cuidados paliativos, segundo a OMS (2002), são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave, e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais (7).

Esta conceção vem remodelar os diversos modelos de atuação com doentes em fim de vida, alguns completamente desadequados em relação ao conceito e princípios éticos mais recentes em cuidados paliativos.

O modelo mais considerado pela negatividade é o de obstinação terapêutica. É um modelo de atuação no qual prevê que todas as tentativas de diagnóstico e terapêutica sejam aplicadas até ao último instante de vida, sem possibilidades de sucesso e com elevado custo, e previsível futilidade de práticas clínicas (17).

Um outro modelo muito presente, e igualmente negativo é o modelo do abandono, muito presente em instituições essencialmente vocacionadas para doentes agudos. Após um período muito intenso de estratégias e intervenções, chega-se a um ponto em que “já não há nada a fazer”, existindo uma desistência do doente, embora muitas vezes se mantenha esse doente internado em serviços desadequados, e mantendo exames complementares e terapêuticas inadequadas, estando os doentes frequentemente em cuidados intensivos, o que é clinicamente desadequado e eticamente reprovável (17).

Já o modelo separado existe quando há uma separação demarcada das diversas fases de assistência ao doente, existindo a fase curativa e depois a fase paliativa, sem qualquer ponte ou ligação, sendo que um implica a exclusão do outro (17).

O modelo integrado surge com a evolução da definição dos cuidados paliativos, ficando mais perto dos critérios deste tipo de necessidades e sofrimento do doente, por parte da OMS, coexistindo a intervenção curativa e paliativa, havendo uma evolução do seu peso à medida que evolui a doença (17).

Por fim, o modelo corporativo com intervenções nas crises será aquele que se preconiza para a intervenção em CP, corporizando os princípios e valores deste tipo de cuidados, pois é nele que existe uma permanente colaboração e articulação para uma intervenção, simultânea, de índole curativa e paliativa desde o diagnóstico da doença (17).

Esta estrutura constitui um compromisso ético-profissional que deve estar patente em todos os recursos específicos e humanos que se dediquem à prestação de cuidados paliativos, suportados por uma filosofia adjacente. Por conseguinte, o alcançar destes objetivos passa pela utilização de instrumentos básicos imprescindíveis na prática de cuidados paliativos (7):

- Avaliação das necessidades, que devem incluir a história de vida, valores e expectativas, disposições prévias, antecedentes pessoais e doenças concomitantes, caracterização total da doença, incluindo o impacto e modelo de adaptação, estado familiar e dos cuidadores, possíveis crises na evolução e o prognóstico previsíveis;
- Plano terapêutico, no qual deve constar o tratamento não farmacológico e farmacológico pautados e para intercorrências, medidas gerais, suporte emocional, nível de informação sobre a doença, cuidados para a família e cuidador principal, componentes de educação para a saúde, atitudes a tomar perante as crises;
- Controlo sintomático, que constam essencialmente de avaliar minuciosamente antes de tratar, explicar em termos concretos e adequados o plano terapêutico, discutindo-o com o doente e família, assim como a transcrição escrita do mesmo para ficar na posse do doente, corrigir o que pode ser corrigido, usar meios não-farmacológicos e farmacológicos, prescrever profilaticamente, manter o tratamento tão direto quanto possível, pedir aconselhamento em situações de difícil controlo, monitorizar permanentemente a situação e ter sempre uma enorme atenção aos pormenores;
- Suporte psico - emocional, que, de acordo com a especificidade da situação, pode ir de intervenções básicas e gerais até intervenções de elevada complexidade;
- Informação e comunicação, como elemento chave do processo terapêutico, para o qual é necessária uma prática assente em princípios universalmente aceites, tais como o do doente não ser ignorante sobre o que se passa consigo e, frequentemente, estar perante uma ambiguidade de querer ou não saber o que se passa consigo. A comunicação é sempre multidirecional, doente/família/equipa e deve respeitar a iniciativa do doente quanto ao ritmo, ao interlocutor, ao grau e tipo de informação a obter. Nunca mentir mas

também não impor a verdade deixando sempre aberta a esperança realista. Compreensão dos fenómenos que acompanham as fases de adaptação emocional à doença, às perdas e à morte. Compreensão das dificuldades dos profissionais e da família. Utilização de metodologias adequadas. Espaço e tempo apropriado e sempre associados a efetivo controlo sintomático e respeito por compromissos assumidos;

- Respeito pelos valores e ética clínica, que se pressupõe serem as decisões tomadas com base no respeito pelos valores do doente, família e equipa, sempre centrados nos objetivos traçados com o doente e família, implicando adequado trabalho de equipa com estabelecimento de consensos;
- Adaptação das organizações, em que talvez a principal mudança seja um efetivo trabalho de equipa interdisciplinar e a orientação dos procedimentos a adotar com base nas necessidades dos doentes e família;
- Mudanças na organização dos recursos, articulando-os de forma a maximizar a sua utilização, racionalizando os custos e aumentando os ganhos em saúde e qualidade de vida dos doentes;
- Avaliação e monitorização dos resultados, nomeadamente quanto à efetividade, eficácia, eficiência e satisfação dos doentes, família, equipa de saúde, com estabelecimento de protocolos, critérios, indicadores e *standards* de qualidade, e com consequentes processos de auditoria/avaliação permanente;
- Melhoria contínua da qualidade, processo nuclear para a permanente evolução da qualidade dos cuidados com adequação às necessidades de todos os intervenientes, sempre numa atitude reflexiva, crítica e positiva, criando-se, assim, uma cultura de melhoria contínua.

O doente e família/cuidador têm necessidades tanto a nível físico como psicológico, social e espiritual, e que devem ser avaliados no momento da realização da anamnese inicial e exame físico geral e completo. Essa avaliação deverá ficar registada e periodicamente efetivar a sua reavaliação, de forma a reeditar os objetivos terapêuticos e motorizar a avaliação dos ganhos de saúde. A avaliação deverá ser sustentada, indicando sempre os instrumentos de medida utilizados.

No que diz respeito ao estabelecimento de objetivos terapêuticos, deverá ser definido um plano personalizado, adequado às necessidades, que deverá ser reavaliado regularmente. Impreterivelmente, um dos objetivos dentro destas medidas é a informação/educação específica ao doente e família/cuidador principal.

Dentro dos cuidados ao doente e família, estes devem ser cumpridos todos os princípios que suportam a ética clínica, destacando o respeito pelas crenças, valores e liberdade religiosa do doente, de forma a viabilizar a intervenção na dimensão espiritual. Deveram ser proporcionadas ao doente/família um espaço e tempo adequados para que possam exprimir-se, entre todos, incluindo a equipa de saúde, as

emoções, dúvidas e inquietudes, de modo a poderem ser colmatadas o quanto possível.

Especificamente aos locais do meu estágio, e dentro dos objetivos e competências projetadas neste projeto, o modelo considerado durante o meu tempo de estágio, enquadra-se no modelo integrado e modelo cooperativo com intervenção nas crises, conforme o já referido e se pode avaliar pela exposição das atividades e sistema de atuação na segunda parte deste relatório.

Contudo, adianta-se que a Unidade HL, foi certificada e reconhecida como de excelência pela ESMO, para a prática integrada de Oncologia e Cuidados Paliativos para o período de 2012-2014. A ESMO é das instituições mais reconhecidas e prestigiadas na área da Oncologia. Este reconhecimento, feito com base em avaliação de práticas consensuais de qualidade aferidas de forma anónima por avaliadores credenciados, visa distinguir uma prática clínica que reconhece que muitos doentes oncológicos, quer se curem ou não, beneficiam da integração precoce dos Cuidados Paliativos no curso da doença e não apenas nos últimos dias (16).

A Equipa de Cuidados Paliativos do HL cumpre os critérios que a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos enumera nas suas recomendações para a prática dos Cuidados Paliativos, pelo que é reconhecida pela mesma (8).

2. Objetivos e Competências: A reflexão da aquisição

Consideram-se classicamente quatro vertentes que devem ser encaradas numa perspetiva de igual importância, pois não é possível praticar cuidados paliativos de qualidade se alguma delas for subestimada, são elas: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa (9).

Assim procura-se neste capítulo explorar os objetivos e as competências adquiridas dentro das áreas-chave atrás referidas, dentro da prática clínica exercida no âmbito da Fisioterapia, com a descrição de alguns casos vivenciados.

Legitimamente, objetivos como *“Compreender e aplicar os valores e princípios dos cuidados paliativos na sua prática assistencial”* e *“Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de estágio clínico”* e competências como *“Avaliar a qualidade dos serviços e programas implementados”* estão de algum modo dissolvidas na descrição e análise da parte I deste relatório, assim como competências como *“Promover programas de formação em CP para diferentes profissionais de saúde”* serão abordadas na parte III com a descrição do projeto de intervenção/formação.

Competências predefinidas, como *“Integrar os princípios e a filosofia Cuidados Paliativos na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde, analisando valores e crenças pessoais em diferentes contextos da CP”*, *“Avaliar e aliviar a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica”*, *“Atuar como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade”*, *“Avaliar e controlar necessidades psicossociais e espirituais dos pacientes e família”*, *“Comunicar de forma terapêutica com paciente, familiares e equipa de saúde”* evidenciam-se na descrição e abordagem no controlo dos sintomas das equipas seguidas, abordagem do apoio à família e trabalho em equipa, onde está inerente o pilar da comunicação, tão relevante em cuidados paliativos.

Segundo indicações da APCP, todos os serviços que cuidam de doentes com doença incurável e progressiva têm a responsabilidade de proporcionar adequados cuidados paliativos, que são da responsabilidade de todos os elementos da equipa de saúde, e devem assentar numa boa comunicação e na resposta efetiva às necessidades dos doentes, famílias e profissionais.

Assim, considere a comunicação indissociável do controlo de sintomas ou do trabalho em equipa e do apoio à família, pois acredito que esta seja a base de todo envolvimento nestes contextos. Desta forma, descreve-se este valor em consonância com as restantes ações e foca-se o resultado com o propósito de justificar a sua reverência. Na minha opinião, a comunicação é uma atividade humana básica, sendo um elemento básico da vida social.

Descreve-se ainda um singelo destaque em abordagens particulares, que julgo importantes.

Abordagem no controlo de sintomas e comunicação

Para alcançar o objetivo de prevenção e intervenção no sofrimento de pessoas com doença grave e/ou incurável, os CP integram estratégias específicas de controlo sintomático mas vão muito além deste aspeto, pelo que uma equipa que não desenvolva a intervenção no sofrimento através da comunicação adequada com o doente e famílias e não desenvolva um trabalho interdisciplinar, não pratica de facto, cuidados paliativos (3).

Os cuidados paliativos são cuidados ativos e totais aos doentes com doenças que constituam risco de vida, e das suas famílias, praticados por uma equipa multidisciplinar num momento em que a doença já não responde a tratamentos curativos (17). Assim, o objetivo crucial dos cuidados paliativos é o alívio do sofrimento do doente e sua família tendo como intuito a promoção da qualidade vida, não recorrendo a medidas prejudiciais ou com objetivos desadequados.

Na equipa do HL, que tive oportunidade de seguir, confirmei que a oferta de cuidados paliativos neste hospital é realizada tendo em conta as necessidades do doente, e não no diagnóstico. O controlo de sintomas é essencial seguido pela avaliação, explicação, controlo, monitorização e atenção aos detalhes, não desprezando que é fundamental ter como objetivo terapêutico a promoção do conforto do doente e da sua família.

Dentro de um plano individual, a avaliação realizada aos doentes inclui a utilização das escalas reconhecidas para a população em causa como; ESAS, Karnofsky, Zarit, Barthel, Morse, Braden.

A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) é um instrumento de avaliação composto por nove sintomas físicos e psicológicos encontrados em pacientes com cancro. É um instrumento válido para controle e manutenção dos sintomas por ser considerada fácil, simples e rápida de ser aplicada. A ESAS contempla os sintomas mais importantes para os pacientes, porém apresenta algumas limitações como dificuldade no preenchimento para pacientes terminais, com problemas cognitivos ou físicos, dificuldades quanto a terminologias e ausência de sintomas (18, 19) (anexo 1).

O Índice de Karnofsky é uma escala utilizada para classificar pacientes relativamente à sua capacidade funcional. Pode ser usada para comparar a eficácia ou efeitos diferentes terapias e avaliação do prognóstico de um paciente. É referenciada de 100% (quando normal, sem queixas, sem evidência de doença) até 10% (quando moribundo, processo fatal progredindo rapidamente) (anexo 2).

A escala de sobrecarga “The Zarit Burden Interview” tem boas características psicométricas, pelo que se aconselha a sua aplicação a cuidadores de doentes em cuidados paliativos domiciliários na população portuguesa (20, 21) (anexo 3).

A escala de barthel, tal como a maioria dos instrumentos de medida, baseado numa escala ordinal, sendo constituído por duas partes que se subdividem em 15 itens na totalidade, sendo que à primeira corresponde o nível de autonomia (9 itens) e à segunda o nível de mobilidade (5 itens). O score de 100 é o máximo que se pode obter, correspondendo este valor a um elevado grau de independência. Esta pontuação está subdividida em duas partes, anteriormente referidas, em 53 e 47 valores respetivamente. Os valores entre 60 e 61 são estipulados como sendo o limiar entre a dependência e a independência funcional dos indivíduos (22) (anexo 4).

Entidades como o National Center for Patient Safety (NCPS; 2004) recomendam a escala de Morse como instrumento de avaliação de risco de quedas. Esta escala consiste num instrumento que visa triar de forma rápida (entre 1 a 3 minutos) as pessoas que estão em risco de cair, e assim permitir a implementação imediata de estratégias de intervenção preventivas e protetoras, bem como a monitorização do risco de queda durante a institucionalização (anexo 5).

Segundo uma publicação da Lusodidacta "Implementação Nacional da Escala de braden" (Fevereiro, 2009), os scores da Escala de braden para Portugal são apenas 2, igual ou inferior a 16 é alto risco, mais de 16 baixo risco. Este tipo de classificação é mais preditivo do que existindo mais níveis de risco (anexo 6).

No HL, médico e enfermeiro reúnem-se sistematicamente para avaliarem a situação clínica do doente, contabilizando o seu estado geral, e assentando na valorização da história clínica a identificação dos sintomas e sinais. É discutido os resultados da medicação prescrita, e de acordo com esses resultados, far-se-á um ajustamento da intervenção farmacológica, quer a nível de doses/titulação e vias de administração, quer a nível de efeitos secundários comuns relativos à própria medicação. É prática basilar, dentro da prescrição diária, uma terapêutica adjuvante, de forma a antever sintomatologia resultante dos efeitos da própria medicação.

O facto que haver comunicação aberta entre profissionais, facultando informações para avaliações multidisciplinares, marca a sua importância no papel do controlo de sintomas. Paralelamente aos registos, há a necessidade de fundir pareceres das várias áreas de atuação em prol do doente, numa troca direta de saberes profissionais.

Condensando, o controlar sintomas consistia em avaliar a causa, impacto quer emocional quer físico, os fatores e intensidade, de forma a estabelecer planos, prevenir o aparecimento de outros sintomas, utilizando estratégias farmacológicas e não farmacológicas, isto é, promover a dignidade e o máximo controlo possível.

De igual modo, é estimado recorrer a alguns exames complementares de diagnóstico, tais como análises laboratoriais de sangue de rotina, exames imagiológicos, eletrocardiograma, entre outros, sendo contudo, avaliado o impacto destes no doente (23, 25).

As medidas não-farmacológicas proporcionam melhoras no desempenho psicológico e comportamental, e que possibilitam reduzir o consumo de analgésicos, condição importante quando há limitações para o seu uso.

A fisioterapia conquista cada vez mais o seu importante papel no tratamento não farmacológico em doentes quer do foro oncológico quer em doenças degenerativas crónicas sem possibilidade de cura, tanto no controlo da sintomatologia como no bem-estar geral (26).

Através de métodos e/ou técnicas manuais, adjuvante ou não do tratamento farmacológico, a intervenção é dirigida não só apenas para o sintoma a colmatar mas também compreendendo o individuo como um todo (27, 28). Ainda que as intervenções físicas são de baixo custo e apresentam pouco ou nenhum efeito colateral (29).

Também a Fisioterapia e a Terapia ocupacional, no HL eram frequentemente solicitadas no controlo de sintomas, com o mesmo esquema de atuação, fazendo lista de necessidades, objetivos, indicações e contra indicações, planeamento de ação de tratamentos e sistemática revisão e ponderação com restante equipa. Os casos vivenciados á frente mencionados, suportam a sua veracidade e conjuntamente, a sua conveniência.

Não menos relevante, é a maneira como esta equipa trata de maneira particular cada doente e em contexto diferenciado, dando importância ao tipo de ambiente, conforto e apoio.

Conseguí notar atenções diferenciadas pela equipa do HL, como a de adquirir uma camisola do clube futebolista predileto do doente e assinada pelo seu jogador preferido e oferecer ao doente. Vi colarem desenhos infantis e fotografias de família em momentos felizes na janela do quarto de uma utente. Alguém que por sinal tem admiração por desenhos animados tinha no seu quarto vários peluches, provavelmente seus preferidos e que o seu canal selecionado era onde passava continuamente desenhos animados.

Daqui destaco o relevo atribuído para o controlo sintomático, procurando rigor na promoção do bem-estar do paciente. A autodeterminação é um elemento essencial da dignidade humana, familiares e profissionais que estão de alguma forma relacionados com o doente em fase de fim de vida, devem respeitar da forma mais adequada os seus desejos e vontades (30).

No serviço de SMPHF, a recolha de dados iniciais é realizada com o doente e família/cuidador no momento da admissão do doente, deste modo para avaliar as necessidades. Procura-se conhecer o impacto da doença, centrada essencialmente no doente, permitindo perceber sentimentos relacionados com a condição, medos, expectativas em relação à doença e ao tratamento e o que espera dos profissionais de saúde que o/a vão acompanhar.

Os instrumentos de avaliação utilizados são também instrumentos de medida, já referenciados atrás, a ESAS, o Índice de Barthel (anexo 4), a Escala de Braden (anexo 6) sendo as mesmas avaliadas na admissão e a cada 72 horas caso não existam alterações e a Escala de Morse (anexo 5) realizada na admissão, quando existem alterações terapêuticas ou em caso de queda.

Diariamente ao início da manhã, o enfermeiro chefe tem planeada uma visita por todos os quartos, validando os registos dos acontecimentos noturnos com os sintomas e sinais apresentados pelos doentes internados. Havendo situações particulares, cujo haja interesse na adaptação de nova terapêutica, é comunicado à médica responsável de forma a se poder fazer o ajuste na medicação ou a necessidade de aferir situações que se justifique algum exame de diagnóstico.

As medidas farmacológicas e não farmacológicas devem ser utilizadas de forma mista para o controlo de sintomas (29, 31).

Como tratamento não-farmacológico, e se o objetivo é apenas um relaxamento muscular, os enfermeiros fazem-no através da massagem com a colocação de creme hidratante. Porém, senti uma estreita desvalorização pelo papel do fisioterapeuta no controlo da sintomatologia, fruto, talvez, da escassa intervenção do fisioterapeuta no contexto de cuidados paliativos (32). Segundo conjecturei, tratamentos como as massagens de drenagem linfática, mobilizações articulares e musculares globais, e exercícios do foro respiratório, eram os mais solicitados. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos carece ainda de valorização, por vezes provavelmente esquecido (33), contudo os fisioterapeutas desempenham um papel importante e são ponderados como membros altamente proficientes de uma equipe de saúde multidisciplinar (28).

A WCPT, que tem como finalidade melhorar a qualidade dos cuidados globais da saúde, pela implementação de padrões elevados de educação e prática em Fisioterapia, traça o perfil dos Fisioterapeutas como sendo profissionais qualificados e com competências a realizar um exame completo de um doente (ou grupo de doentes com as mesmas características), a efetivar a sua avaliação, avaliar os resultados dessa análise, formular um diagnóstico, um prognóstico e um plano de tratamento.

O Fisioterapeuta está igualmente habilitado a implementar um programa de intervenção em contexto de tratamentos de Fisioterapia e determinar os resultados da sua execução. Além de que, eles estão aptos para desenvolver, manter e restaurar a capacidade funcional de pessoas de qualquer fase da vida, quando o movimento ou a função estão ameaçadas pelo envelhecimento, lesões, doenças, desordenação da sua situação ou fator ambiental.

A Confederação Mundial de Fisioterapia declaram o profissional Fisioterapeuta como um especialista em atividade humana e movimento.

O termo "reabilitação" pode aludir confusão quando consideramos a filosofia dos cuidados paliativos, todavia este refere-se a um processo que visa possibilitar às pessoas com doença o atingir e manter seus ideais físicos, sensoriais, intelectuais, psiquiátricos e/ou social e níveis funcionais, proporcionando-lhes as ferramentas para se adaptarem à sua nova condição de vida em direção a um nível mais elevado de possível independência (34, 35).

A reabilitação não se concentra num prolongamento da sobrevivência, mas sim numa melhoria da qualidade de vida do paciente. Este é também objetivo do tratamento paliativo (15).

Abordagem no apoio à família e comunicação

No contexto de cuidados paliativos, a família desempenha um papel fundamental no equilíbrio do apoio, e o impacto da doença terminal no ambiente familiar depende da personalidade e circunstâncias pessoais de cada elemento familiar e da qualidade e natureza das relações entre doente e familiares (9).

A organização do trabalho passa por colocar o doente e a família no centro dos planos, respeitando a sua vontade e privacidade. Não deve existir restrições ao horário das visitas, e os familiares podem acompanhar o seu doente sempre que o desejarem. O horário das higiènes e refeições devem ser tanto quanto possível à vontade do doente e a família deve ser envolvida nos cuidados a prestar (2). Práticas que assisti frequentemente, nos dois locais de estágio da minha prática clínica.

Uma conferência familiar torna-se substancial sempre que existe a necessidade de estabelecer um plano para encontrar respostas que envolvam doente e familiar (es). Vários são os critérios ponderados numa conferência de família, e esta é devidamente calculada e registada valorizando itens como a duração e o local onde foi realizada a conferência, assim como quais os profissionais presentes, que familiares participaram na reunião, se o doente esteve ou não presente.

Aponta-se o motivo que se deve a conferência. Assuntos como, um agravamento do quadro clínico, clarificação dos sintomas, discurso do plano de tratamentos, ou simplesmente com intuito inicial de acolhimento, podem ser motivo de CF. Casos como conflitos entre família e a equipa, conspiração do silêncio, família demandante ou com necessidades especiais também são argumentos para a realização da conferência. De igual modo, a preparação da alta do doente, a proximidade de morte ou início de agonia ou valorização do apoio familiar ao doente são admitidas.

Dentro dos assuntos abordados, podem incluir a clarificação dos objetivos dos cuidados e sintomas, o aferir informação sobre o diagnóstico e ou evolução, clarificação sobre os Cuidados Paliativos e o trabalho da equipa, as expectativas perante a doença, tratamento e evolução. Não menos peculiar, é oferecido apoio emocional, resposta a questões práticas, tentando dar resposta a necessidades não satisfeitas ou resolução de conflitos com a equipa.

Pode ainda consignar-se questões sobre emoções demonstradas por parte dos familiares, e se houve ou não consenso no plano traçado.

Dentro de uma das competências e objetivos mais específicos pretendidos nesta prática clínica, nomeadamente *“Participar conjuntamente com as equipas de CP referidas, na partilha de discussão de casos em relação à observação”*, foi-me permitido assistir a uma CF onde participou a médica responsável pela doente em causa, a filha e genro da doente, e a fisioterapeuta que seguia a doente no internamento.

A CF durou cerca de uma hora, e foi feita numa das salas de espera que estão no fim do corredor do serviço. O motivo pela qual se justificou a CF foi a possibilidade de alta da doente dentro em breve, assinalando-se a indecisão da família em a poder manter na sua casa ou arranjar uma instituição de acolhimento.

Foi explicado detalhadamente a atual situação clínica da doente, foi esclarecido porque se justificava a alta do internamento, e frisado que esse passo apenas seria dado quando a família resolver-se que estava preparada para o fazer. Ofereceu-se ajuda e disponibilidade em apresentar soluções, e reforçou-se o ponto de que o facto de a doente ter alta, a equipa continuava disponível para qualquer orientação ou esclarecimento de dúvidas em qualquer das necessidades.

A presença da fisioterapeuta nesta CF justificou-se pela questão da doente ter começado a deambular recentemente, e que para manter tal capacidade era importante que a doente continua-se com a fisioterapia, explicando-se os benefícios da sua manutenção.

A família mostrou-se hesitante nas resoluções, expondo alguns obstáculos pessoais e de certa forma receosa com o futuro. Valorizou-se sentimentos e as preocupações apresentadas, reforçando o apoio da equipa de CP, se assim a família necessitasse.

A possibilidade de ter assistido a esta conferência familiar, veio confirmar-me que é de todo importante esclarecer e informar a família sobre a situação real do doente, permitindo esclarecer dúvidas ou saber os receios e/ou preocupações que possam complicar a qualidade do ato de cuidar.

Por outro lado, permite sensibilizar a família para a importância do seu envolvimento, pois acredito que, quando acontece algo que destabiliza a nossa rotina, as dúvidas começam a semear a confusão, as dificuldades instalam-se, e as situações refletem-se em angústias. Gerar confiança e proporcionar capacidades na família cuidadora, é todavia uma forma de conceder a estrutura capaz para colmatar as necessidades do doente.

O facto de se valorizar verbalmente o trabalho da família e de reforçar que o seu papel nesta fase difícil, julgo que servirá para a desmistificação de medos, e daí advir maior vontade para aceitar a tarefa de cuidar, e por outro lado, existe a possibilidade de aproveitamento de tempo de vida único, importante para fortalecer de laços

familiares que poderão de alguma forma estarem adormecidos pela rotina do dia-a-dia. Consequência impar para o doente e para família.

Vinco a importância da CF ter sido pré-organizada e presenciada por vários profissionais ligados ao doente, pois numa fase de imprevisibilidade, turbulência emocional e tempos difíceis no seio de uma família, é previsível surgimento de dúvidas e medos na superação destes momentos. Aqui, o poder da relação profissional/família ganha especial importância. O Protocolo de Buckman elucida-nos para alguns aspetos importantes numa CF, que poderá funcionar como uma ferramenta de ajuda neste tipo de abordagens (36).

O apoio à família está na própria relação que é construída entre os profissionais e o doente e sua família, assim como o peso que estes têm na participação ativa do próprio processo terapêutico (3). Deste modo, foi-me possível observar uma aliança entre esta tríade, sendo que na generalidade dos casos foi construída uma relação de empatia.

Mais uma vez destaco a comunicação como um dos pilares básicos, pois é através dela que uma equipa de CP consegue intervir nas diferentes necessidades. *“O valor da comunicação sobressai quando se reconhece que a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente (...). Uma comunicação efetiva com os doentes, suas famílias e quem está envolvido nos seus cuidados, um componente essencial da assistência”* (7).

Por sua vez, os mesmos autores, definem competências básicas da comunicação, referindo-se à escuta ativa, compreensão empática e feedback. Enquanto barreiras de comunicação, os erros de conteúdo, as emoções como dificuldades de comunicação e a dificuldade de comunicação na relação.

Todavia, a comunicação em CP revela-se de especial dificuldade na transmissão de situações ou informações incómodas para as pessoas, pois envolve sentimento e emoções.

Neste sentido, Buckman enumera alguns comportamentos a evitar entre os profissionais de saúde e os doentes e/ou famílias. Entre esses comportamentos estão o que se chama bloqueios à comunicação (36).

Por exemplo, quando o profissional não responde às questões do doente ou que constantemente redireciona a conversa noutro sentido, nomeadamente em questões quando este lhe coloca questões muito incómodas, como o prognóstico ou a gravidade da doença. Ou também aquilo que eles designam de palestras, em que o profissional transmite uma grande quantidade de informação que o doente não tem capacidade para apreender, não dando oportunidade para qualquer intervenção por parte do mesmo. Ainda como bloqueio, referem o conteúdo, quando não são abordadas determinadas temáticas, que o doente não tem noção das mesmas ou tem dificuldade em falar sobre elas.

Ainda assim, a transmissão de “más notícias” é inevitável, e tal é possível antever a complexidade deste processo. Podemos definir como “má notícia” aquela que modifica radicalmente e negativamente a ideia que a pessoa tem da sua vida futura (36). Numerosos estudos demonstram que os doentes desejam, geralmente, a informação franca e empática de um diagnóstico terminal ou de outras más notícias (39).

Podemos assumir o modelo de comunicação de Buckman em seis passos fundamentais: Conseguir o ambiente correto; Descobrir o que o doente já sabe; Descobrir o que o doente quer saber; Partilhar a informação; Responder às reações do doente; No fim, planear e acompanhar (36).

Porém, querendo eficácia na comunicação, esta consegue-se através de formação padronizada e treino de todos os elementos da equipa. Considerando que se deve ter em conta que cada doente é único, e cada situação única e particular, podemos referir estratégias como:

- Desejar estar em relação com o doente, o que implica a tomada de consciência dos nossos sentimentos, baseada no autoconhecimento, abstrair da necessidade de fazer juízos de valor, de controlar tudo, e arranjar disponibilidade interior para o outro.
- Escolher o local, de preferência calmo, informal.
- Respeite a distância pessoal.
- Sentar-se, dando assim indicação que tem disponibilidade para escutar.
- Adotar uma linguagem corporal positiva, dar importância à linguagem não-verbal.
- Deixar o outro falar, evitando interromper o outro.
- Encorajar o outro a falar, usando questões abertas como “Como se sente?”, “...e então?”, “hum, hum...”
- Ser honesto
- Saber utilizar e respeitar o silêncio.
- Verificar a compreensão da informação.

Na mesma linha de pensamento, há que se considerar os fatores que podem afetar a comunicação. Destes destacam-se três como mais influenciadores; os aspetos culturais, os relacionamentos com o género (masculino/feminino), e os que se relacionam com os receios do médico e do doente (7).

Vivemos numa sociedade multicultural e temos que estar preparados para encontrar doentes e famílias com valores e práticas diferentes. Assim, aspetos relacionados com a linguagem não-verbal poderão ter que ser aferidos para não correremos o risco de tomar atitudes que venham a ser mal interpretadas.

Da mesma forma, estudos evidenciam diferenças na facilidade de expressão e aceitação são mais positivas no sexo feminino.

Os receios reportam-se ao conteúdo emocional, e à escassez de treino nas aptidões de comunicar. O profissional pode experimentar sentimentos de insegurança, impotência e mesmo frustração. Os doentes, de igual modo, poderão sentir desconforto e medo de não serem compreendidos e aceites, e como tal não se exprimirem abertamente e até omitir informações importantes.

O apoio à família no luto é também considerado um dos princípios importantes nas áreas chave dos CP (37, 39). O impacto da doença terminal no ambiente familiar depende da personalidade e circunstâncias pessoais do doente, natureza e qualidade das relações familiares, das reações do doente e da família a perdas anteriores, da estrutura prévia da família e do momento evolutivo, da qualidade da habitação e do apoio da comunidade (40).

Atendo que o luto trata de um assunto sensível e pessoal, como estagiária julgo compreensível que não tenha presenciado nenhuma situação particular. Contudo não pude deixar de anotar atitudes que se destacaram neste sentido. Pude reparar no serviço de HL, que os familiares eram convidados a partilhar as suas perturbações e sensibilidades, numa sala reservada com um membro da equipa que tenha tido um peculiar elo de ligação neste decurso.

O luto é algo natural e intrínseco à perda, e Barbosa define “Luto” como uma reação característica a uma perda significativa, e “perda” como uma mudança que inclui um estado de privação que põe em marcha reações afetivas, cognitivas, comportamentais e, em termos gerais, o processo de luto.

Neste sentido, as doenças degenerativas, prolongadas, irreversíveis e incuráveis estão associadas a perdas inevitáveis nos doentes, conduzindo a sofrimento e a processos de luto por vezes complicados cujos principais sinais importa diagnosticar precocemente, para que se possa desenvolver uma intervenção ajustada e desencadeada em tempo útil (7).

Esta é uma das realidades que vivencio diariamente no meu desempenho profissional, e das quais me impulsionam a procura de cooperação na realização desta aprendizagem.

O processo de luto tem início, portanto, a partir do momento em que é recebido o diagnóstico de uma doença fatal ou potencialmente fatal, pelas perdas, concretas ou simbólicas, que esse diagnóstico traga para a pessoa e sua família. As perdas decorrentes estão relacionadas com a segurança, funções físicas, imagem corporal, força e poder, independência, autoestima, respeito dos outros, perspectiva de futuro (40).

Evidentemente, é essencial permitir à pessoa que possa sofrer, e consequentemente admitir a deceção, pois só assim ela pode crescer e estar preparada para continuar a sua vida. Tolerar a frustração e suportar o sofrimento é importante não só nas situações de reabilitação mas também na saúde mental e no crescimento do ser humano nas diversas etapas da sua vida (35). Por sua vez, o

contacto com a dor do outro, suscita no profissional a empatia e a compreensão do sofrimento, permitindo ajuda-lo na elaboração do luto e na reorganização da sua vida.

Citando Pereira in Barbosa, *“As relações interpessoais fazem parte do quotidiano dos profissionais de saúde, numa lógica de atendimento das necessidades de pessoas únicas, que precisam de alguém que as cuide e trate. Mas, nesta relação, importa ter consciencializado que o doente e o profissional de saúde são pessoas que interagem, logo, é imprescindível aos profissionais serem conhecedores e peritos em relações humanas, tornando-se a comunicação o instrumento básico para a prestação de cuidados”* (7).

Como já foi referido, quer na unidade de CP do HL, quer na unidade do SMPHF, aos familiares do doente era-lhes permitido a sua permanência no serviço por um período alargado de tempo, para além das horas habituais.

Sempre que possível e adequado, o familiar era convidado a integrar-se na prestação de cuidados, (higiene, alimentação e/ou tratamento) como forma de reduzir a ansiedade face à situação e estimular a disponibilidade de comunicação entre equipa e família. O que me pareceu extremamente positivo e que vai ao encontro das recomendações da APCP.

Incorporando o familiar nos cuidados, entendo que o profissional procura também compreender e avaliar as necessidades sentidas pelos familiares, em especial no que se refere à adaptação a novas situações e no apoio ao doente (41, 42).

Senti ainda, que dentro deste processo, existia a preocupação em proporcionar um ambiente calmo e cuidado, demonstrando uma atitude individualizada.

Pude constatar, que esporadicamente os elementos da equipa orientavam a conversa no sentido de avaliar se a família tinha capacidade física, psíquica e emocional para cuidar do doente em casa. Moderadamente, procuravam saber as condições e características da habitação, a situação-económica, a existência ou não de mais que um cuidador e suas capacidades.

As necessidades do doente/família deverão ser identificadas e analisadas desde o primeiro contacto e reavaliadas. Seguindo os critérios da APCP, deverá existir um protocolo de deteção de necessidades de educação/formação dos doentes e família.

Em caso de alta, a médica informava o cuidador sob cuidados de alimentação e hidratação correta, ensino da administração de medicamentos e seus efeitos secundários. Para serenar a adaptação deste processo, era oferecido disponibilidade telefónica, como um fator de segurança.

O atendimento telefónico, como recurso médico e de enfermagem, deve estar disponível o maior período de tempo possível, desejavelmente as 24 horas, tal como enfatizam as recentes orientações no SNS Britânico.

Com uma informação adequada sobre o diagnóstico e o prognóstico, o curso da doença, os efeitos da terapêutica e os cuidados a prestar, evita-se a ansiedade da

família/cuidador no percurso de uma doença que não podem controlar. Tal permite ainda envolver mais a família na função de cuidar e, simultaneamente, promover o ajuste à situação e uma melhor adaptação à perda (9).

Abordagem no trabalho de equipa e comunicação

Julgo ser no somatório de ideias e esforços que coordenam a ação da equipa, que se encontra o soluto para ultrapassar questões complexas e ir de encontro aos objetivos pretendidos. Neste sentido, constatei que a equipa do serviço de HL colocava as suas competências e capacidade profissional por um interesse comum, através da partilha de informações e opiniões tinham como finalidade o bem-estar global do doente e da sua família.

Segundo Barbosa, *“uma equipa multidisciplinar deve funcionar com base numa liderança aceite, com objetivos definidos e previamente traçados. O líder tem como finalidade dar satisfação às expectativas dos seus membros no que diz respeito à realização profissional, assim como ao promover um tempo programado para atividades de lazer em grupo, e funcionando como elemento catalisador das dificuldades de lazer em grupo, e funcionando como elemento catalisador das dificuldades que possam surgir”* (9).

Dentro do período que tive oportunidade de acompanhar a equipa do HL, reconheci o elemento líder deste serviço, como alguém extremamente dinâmico, com uma dimensão de conhecimento extraordinário, contribuindo para a boa coesão e aproximação do grupo. Fazia-se notar uma firmeza de objetivos, no entanto com atitude flexível em atenção às opiniões e sentimentos dos restantes membros. Constatei, por algumas vezes, o reforçado feedback positivo que julgo ser condicionador para o aumento da confiança e da autoestima dos profissionais.

A organização da equipa regia-se por alguns procedimentos base, assumindo-se desta forma critérios de atuação clarificados com propósitos esclarecidos, dando especial atenção à troca de informação, valorizando a comunicação eficaz.

Tentando incorporar-me nesses procedimentos, para além de ler os registos no sistema informático, os quais consultava antes de qualquer intervenção ao doente, tinha por norma procurar o enfermeiro responsável pelo doente que iria tratar, perguntar a situação geral deste. De igual modo, transmitia a minha avaliação e resultados da intervenção no final de cada sessão.

Assim se comprova que existe momentos específicos que têm impacto na coesão de uma equipa, a necessidade da criação de uma cultura comum e uma convergência de representações individuais sobre a tomada de decisões difíceis (43, 44, 45).

A metodologia de trabalho em equipa pressupõe que os vários elementos da equipa se encontrem em espaços de reunião planeados, com o objetivo de discutir os problemas dos doentes e propor resolução para os mesmos (46). Diariamente,

reuniões curtas permitem a atualização de informação partilhada pelos membros da equipa. De igual modo, os registos propõem-se comuns, onde sintomas e motorizações especiais devem ser divulgados para todos os profissionais que lidam com o doente.

Das competências pretendidas e planeadas nesta prática clínica era *“Participar conjuntamente com as equipas de CP referidas, na partilha de discussão de casos em relação à observação, avaliação e controlo de sintomas do doente. Assim como nas reuniões de serviço, nas conferências familiares, nos estudos de casos e/ou revisão de temas, integrando-me na avaliação das necessidades do doente e família, na preparação antecipada da fase terminal de vida e seus cuidados específicos em relação ao processo de perda, agonia, morte e luto”*. No HL, eram feitas semanalmente reuniões de equipa, das quais tive oportunidade de assistir.

Nessa reunião participaram médicos, enfermeiros, psicóloga, farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social. Apercebi-me e considerei que o benefício o fundamento destas reuniões, que é promover a troca de reflexões, clarificação de objetivos, estabelecerem prioridades, em assuntos inerentes aos doentes internados e tentativas em responder a questões relacionadas com a própria equipa. Evento a considerar em qualquer etapa de trabalho de equipa, e que tentarei implementar e reproduzir do meu local de trabalho atual.

No final, foi apresentado um estudo científico recente (31), onde os profissionais foram convidados a refletir e a expor as suas opiniões, de forma a remodelar atitudes ou futuras ações.

Dentro de 120 horas que assisti na equipa de SMPHF, supus existirem algumas lacunas a serem colmatadas neste âmbito, considerando, no entanto que se reconhecem sobretudo pela distribuição das circunstâncias serviço/tempo e provavelmente falta de formação em cuidados paliativos.

A literatura fala-nos que uma das barreiras para a prestação de serviço de práticas eficazes em cuidados paliativos é a falta de formação específica neste âmbito (46). Em 1997 a Associação Europeia de Cuidados Paliativos achou necessário estabelecerem-se recomendações para a formação e treino de enfermeiros em cuidados paliativos, e em 2004, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos reconhece que a prática dos cuidados paliativos *“com a complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo existente de um largo espetro 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”*. Deste modo, a formação diferenciada é uma componente fundamental para a organização e deste tipo de contexto.

De igual modo, senti que existem limitações no sistema informático, onde a informação não está de todo livre a qualquer profissional, e onde considero que a transmissão e partilha de informação clínica do doente fica limitada.

Vários artigos falam que a Fisioterapia se agrega aos valores dos cuidados paliativos, mas que existem barreiras a limitar o serviço (48, 49). Melhor colaboração e acesso oportuno aos recursos poderiam ajudar no trabalho deste profissional em doentes paliativos. Melhorando a capacidade de colheita e disponibilidade de dados clínicos pelos elementos da equipa, poderemos melhorar a prática clínica (50).

Reproduzindo o que aprendi e achei benéfico no serviço de HL, precepei-me em ir sistematicamente a ir ao encontro do enfermeiro que estava atualmente responsável pelo doente que iria intervir, de forma a colmatar a informação que me era restrita em termos informáticos.

Assim permitia-me averiguar o estado geral do doente em causa, e proporcionalmente, tentava mostrar disponibilidade para a da mesma forma expor o meu parecer.

Contrariamente á tendência instalada tive uma colaboração muito frutuosa. Acredito que o profissionalismo, a flexibilidade e a adaptabilidade, o rigor técnico, o respeito e apoio interprofissional com estabelecimento de um clima de cooperação franca, são também pontos importantes e fulcrais para a qualidade do trabalho em equipa.

Reconheci nesta equipa, que a troca de ideias e informações entre os profissionais enfermeiros era constante, quer verbalmente, quer em fase de registos. A comutação perlongava-se à médica responsável, da mesma forma, permitindo assim alguma dinâmica de grupo.

Curiosamente, a ausência de reuniões de equipa é questionado por vários elementos, e manifestado o interesse nessa prática, porém é discutível a sua implementação pela “falta de tempo”, e por poder ser tida por alguns como “meros exercícios de estilo”.

A APCP refere que um pilar para garantir bons resultados na equipa é a realização de reuniões interdisciplinares que se aconselham no mínimo bissemanais, embora a periodicidade ideal seja a semanal. Nessas reuniões permite-se objetivar a avaliação multidimensional das necessidades, a discursão e consenso sobre os objetivos terapêuticos, a elaboração de um plano terapêutico integral e integrado, a avaliação de resultados, a identificação das necessidades e a promoção de suporte da própria equipa.

O constante contacto com o sofrimento e a morte é considerado um fator de risco de burnout entre os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos.

Define-se síndrome de Burnout para descrever de forma sistemática uma reação adversa ao *stress* ocupacional com componentes fisiológicos, psicológicos e

comportamentais, cuidar de doentes em fase terminal e suas famílias pode ser ainda mais stressante (38, 51, 52, 53). Embora expostos a fatores de risco, tais como sobrecarga de trabalho, desorganização, relacionamentos difíceis dentro da equipa e com os familiares dos doentes, por vezes mostram baixo risco de burnout, estando este resultados talvez relacionados pela própria ética inerente á profissão e a estratégias da sua prevenção (45, 54).

A equipa do HL demonstra preocupar-se em prevenir e lidar com o Burnout utilizando diversas estratégias práticas que aparentemente julgo serem simples e eficazes de utilizar. Nas duas semanas que presenciei, foi organizada para os elementos que estivessem interessados, uma sessão de massagens de relaxamento, uma partida de ténis, uma corrida e um jantar temático. Segundo me transmitiram, estes tipos de eventos são planeados frequentemente, e com boa adesão pelos elementos da equipa.

Quando foi perguntado se existiam estratégias de prevenção de burnout no SMHF, a resposta foi que não existia casos de burnout na equipa, por isso não era considerado a sua implementação. Estudos da literatura faz-nos acreditar que neste campo o nível de burnout é tanto ou menor que noutro contexto que não seja os cuidados paliativos (55).

Abordagem de cuidados particulares

Outra dimensão do cuidado muito importante é o acompanhamento espiritual e religioso tendo estes duas fases importantes: a identificação das necessidades espirituais e religiosas dos doentes e o acompanhamento relacional e emocional, este acompanhamento poderá ser realizado por qualquer elemento da equipa interdisciplinar.

Os profissionais devem pois estar preparados para reconhecer precocemente estas dimensões, abordar e colher as narrativas pessoais, conduzir a sua reflexão e análise, facilitar o apoio espiritual e ajudar o processo transformativo emergente, numa atitude de atenção, amor e compaixão (56, 57).

As doenças de evolução prolongada podem despertar importantes desafios existenciais na vida dos doentes, das suas famílias e dos cuidadores (7), e ao encarar a possibilidade de morte e a consciência de que nunca mais vão ser os mesmos, muitos doentes voltam-se para o que há de mais essencial nos valores e na prática. A doença pode despertar preocupações e dúvidas existenciais, sofrimento espiritual, sentimento de abandono, desespero, perda de sentido, dignidade. Diante de um tal sofrimento, confessamo-nos amiúde desarmados.

Mas convém eliminar um tabu pesado quanto o da morte, o tabu da espiritualidade. Na nossa sociedade o espiritual não é esclarecido, podendo ser confundido com o religioso. A denegação da morte e a onipotência da técnica contribuíram largamente para esta visão.

No hospital, cuida-se antes de tudo dos corpos doentes, e pouca atenção é dada à vida subjetiva dos doentes, ou da afetividade. Pior ainda, far-se-á calar a angústia e o sofrimento psíquico à custa de ansiolíticos e de antidepressivos, sem sequer se indagar se um tal sofrimento não é sinal de um corte profundo com as raízes e fontes pessoais.

Tanto o HL como o SMPHF têm na sua equipa um conselheiro espiritual referenciado, que é solicitado sempre que seja assinalado.

Se um doente está particularmente dependente ou que se preconiza a uma atenção constante, a equipa do HL tem a preocupação de colocar o doente em áreas com vigilância de enfermagem mais rápida (quartos junto à sala de trabalho dos colaboradores).

Por questões de segurança, utilizam contenção mecânica quando o doente está sentado no cadeirão ou cadeira de rodas, utilizando cadeirões apropriados, e se necessário, utilizam proteção de látex nas cadeiras para prevenir que o doente escorregue. É preocupação da equipa assegurar que o doente tem os itens (sistema de chamado, acessórios pessoais) que necessitam ao seu alcance, fazendo previamente o ensino e a orientação ao doente no espaço do quarto, nos meios auxiliares existentes e em como obter assistência

Ainda no respeitante à segurança, há o cuidado em manter as rodas das camas e outro mobiliário travado, assim como manter as grades da cama subidas sempre que o doente está deitado, e colocarem a cama o mais baixo possível (menos durante a prestação de cuidados), uma vez que pode acontecer os doentes que possam estar desorientados tentarem sair da cama e provocarem uma queda. As barras de apoio deveram estar em posição vertical em vez de horizontal.

Para além de educarem o doente a respeitar a sua segurança como mudar de posição é também explicado à família, ou seja, sempre que possível, envolvem a família nos cuidados; encorajar o doente ao auto cuidado da higiene; colocar os doentes com dificuldades de controlo de esfíncteres mais próximo das instalações sanitárias; assegurar adequada iluminação nas áreas de movimentação.

Tentando seguir os objetivos internacionais, o procedimento da identificação dos doentes no SMHF, passa por aplicar dois dos três itens; nome do doente a data de nascimento/idade do utente, e número de processo.

Com fim de reduzir os riscos de quedas e suas consequências, desenvolveu-se estratégias de identificação dos doentes com risco, nomeadamente a colocação de pulseira com um círculo vermelho.

2.1 Casos clínicos vivenciados

Objetivos como, *“Prestar cuidados aos doentes e seus familiares/cuidadores, com intuito de melhorar a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e cuidados nos problemas físicos, psicossociais e espirituais”, e “Especificamente ao controlo de sintomas, pretender-se abordar e salientar o benefício da intervenção não farmacológica, recorrendo ao vasto leque de técnicas e métodos da fisioterapia, enfatizando o controlo da dor crónica recorrendo especialmente à estimulação elétrica transcutânea (TENS) se assim fosse indicado”,* foram também ponderados no planeamento da prática clínica dos estágios referidos.

O interesse pelo estudo da dor crónica em doentes sem possibilidade de cura surge por ser um sintoma comum em cuidados paliativos (58), além de que, a dor influencia a qualidade de vida quer do doente quer da sua família ou cuidadores. A prevalência de dor relatada pelos doentes em cuidados paliativos é um dos sintomas mais referidos e mais temidos, sendo esta podendo ser considerada severa ou menos severa (59).

A literatura revela-nos múltiplas definições de dor crónica, uma das mais utilizadas é a que se refere a uma dor com duração superior a 3 meses ou que persiste após o período normal de recuperação, na ausência de outros critérios (60). Dor crónica é considerada como uma condição multifatorial, causada pela interação complexa de mecanismos nociceptivos, periféricos e centrais ou mistos (61).

Então, e considerando que a pluralidade dos estudos referenciam a TENS como uma técnica de fácil uso, capaz de ser utilizada pelo próprio doente ou familiar/cuidador, seguro em termos de possíveis complicações ou contraindicações, não invasivo, e acessível, julga-se esta uma técnica a aproveitar no contexto e filosofia dos cuidados paliativos, para controlo da dor. A independência proporcionada pela facilidade da sua utilização, em relação ao controlo da dor parece dar uma melhor qualidade de vida, e uma diminuição da intensidade da dor (ainda que em placebo) vai de encontro ao pretendido em cuidados paliativos (62,63). Para tal, exige sempre um ensino do uso e aplicação de um profissional de saúde.

A TENS é um tipo de intervenção que apresenta um relevante volume de evidência que encontram e explicam a sua propriedade analgésica. Segundo a International Association for Hospice & Palliative Care, 2003 (IAHPC) no âmbito da fisioterapia para a dor, a eletroterapia traz rápidos resultados, todavia, o alívio é variável entre os pacientes.

A eletroterapia consiste num sistema de geração de impulsos elétricos para o complexo neuromuscular (26), corrente elétrica que é definida como a quantidade total de carga elétrica que atravessa uma seção transversal de um condutor, por um

intervalo de tempo, uma vez moduladas com parâmetros apropriados, estas correntes podem atuar em diferentes condições, com objetivos terapêuticos variados (65).

A estimulação elétrica transcutânea do nervo é muito utilizada para o controle imediato da dor. Este recurso apresenta-se vantajoso por ser de baixo custo e não apresentar efeitos colaterais (26). Dos possíveis efeitos adversos ou contraindicações, a literatura revela-nos situações como uma dor não diagnosticada, pacientes com *bypass* (uma vez que o campo elétrico gerado pela TENS pode interferir no dispositivo implantado), doença cardíaca, epilepsia, gestação, sobre o seio carotídeo, sobre pele danificada ou disestésica ou internamente (boca). Para além disso, pode ainda haver risco de irritação da pele e eritema em baixo ou em torno dos elétrodos, ou choque elétrico (67).

A TENS diminui a percepção da dor pelo paciente, reduzindo a condutividade e a transmissão dos impulsos dolorosos, das pequenas fibras de dor para o SNC. Afetando as fibras motoras, a TENS pode interferir no padrão normal do músculo reduzindo ainda mais os estímulos dolorosos (68).

Existe uma extensa literatura sobre a efetividade clínica da TENS, embora a maioria dos estudos sejam narrativas superficiais ou ensaios clínicos sem grupos de controlo apropriados. Esses estudos são de uso limitado na determinação da efetividade clínica, uma vez que não consideram as flutuações normais dos sintomas dos pacientes e os efeitos das intervenções concomitantes ou da expectativa dos pacientes pelo sucesso do tratamento nos efeitos da TENS (68). O TENS é atualmente estudado em várias vertentes, quer pelo seu modo de utilização quer pelos seus efeitos fisiológicos e terapêuticos.

Segundo estudos publicados (26, 70, 28) a TENS é cada vez mais amplamente utilizada em configurações de cuidados paliativos, em parte devido ao seu baixo custo, segurança relativamente livre de efeitos colaterais, e por estar amplamente disponível, mas a sua eficácia é desconhecida, e a falta de estudos multicêntricos e ensaios clínicos randomizados (RCTS) muitas vezes impede conclusões definitivas (71).

Existindo diversos tipos de TENS (convencional, acupuntura, breve-intensa, alta-frequência e baixa-frequência) conduz-nos à necessidade de procurar na literatura publicada, qual ou quais estariam indicados na ação destinada para controlo da dor crónica. Pesquisas como as de Filshie J et al, e Berkovitch M, (72, 73,) sugerem que o TENS convencional terá as características escolhidas tendo em vista o resultado analgésico desejado. Neste tipo de aparelho, as frequências emitidas variam entre 10 e 200 p.p.s. com duração de 100-200 μ s e amplitude dosada de forma a permitir uma sensação cutânea de formigueiro, picada forte, mas não dolorosa. O padrão de emissão de pulsos é geralmente contínuo. Os elétrodos são colocados em cima do local da dor, sendo que o efeito analgésico inicia-se num período inferior a 30

minutos após se iniciar o tratamento e termina no período igual após a sua finalização (69).

Esta pesquisa torna-se relevante pelo fato de nos dar indicações singulares para outros estudos com a utilização do TENS em cuidados paliativos, nomeadamente na possibilidade em reduzir índices de necrose tecidual em retalhos cutâneos, ou seja, no aumento da velocidade de regeneração de feridas e úlceras, uma vez que a TENS influencia os efeitos na otimização do fluxo sanguíneo (74), em amputações (75), transtornos fônicos (76), entre outros dos efeitos antiméticos constatam-se nas náuseas pós-operatórias associadas a medicamentos opióides, náuseas associadas à quimioterapia e hiperemese (76, 77).

De realçar, Carroll et al (78) demonstraram o impacto do uso de ensaios não-randomizados na determinação da efectividade da TENS; 17 de 19 ensaios não-randomizados controlados afirmaram que a TENS tinha um efeito analgésico positivo; 15 de 17 ensaios não-randomizados controlados relatam que a TENS não tem efeito na dor pós-operatória. Os autores afirmam que existe uma grande popularidade sobre o efeito da TENS na clínica de dor, e esclarecem que mesmo com a fragilidade da evidencia em relação ao TENS, ele ainda representa uma valorosa alternativa para o tratamento, tendo em vista a favorável relação risco-benefício quando comparado com outros métodos de alívio da dor.

Nesta descrição de estudos, foram eleitos os estudos científicos de natureza qualitativa e/ou quantitativa, que se referiam ao controlo da dor crónica com a TENS.

Newham et al, (62), numa amostra de 49 mulheres com dor crónica após tratamento do cancro da mama, procuraram resultados na efetividade da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) com o objetivo de analisar benefícios nas intervenções não farmacológicas.

Tratava-se de uma amostra de participantes adultos, com dor persistente num período mínimo de 3 meses, e que estava relacionada com doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável.

Os investigadores utilizaram para controlo da dor crónica a TENS comparando-a com o tratamento de electro analgesia espinal (TES), e ainda um tratamento placebo com uma máquina de TES, especialmente preparada para o estudo. As pacientes foram instruídas a colocar os aparelhos no local da dor, após exame prévio, dando-lhes autonomia de forma a fazerem o tratamento em casa. A TENS foi programada para atuar de modo “contínuo”, com a frequência “forte” mas confortável. De início foram aconselhadas a usar durante pouco tempo, e depois, assim que surgisse a dor.

A intensidade da TES foi programada segundo instruções aconselhadas pelos fabricantes e colocadas em C3e C4 ou na T1e T10 para 10 a 30 minutos a uma hora. A frequência do tratamento dependia de quando a dor ocorria.

Todas as pacientes receberam os dois tratamentos (TENS e TSE) ativos e o placebo por uma ordem determinada pela randomização durante três semanas para cada intervenção. Nem o autor nem os pacientes sabiam quando estavam a receber o tratamento placebo.

Era registado diariamente os parâmetros de tratamento e tempo de uso da TENS. Similarmente, a dor era estimada com os instrumentos de dor validados, tais como, escalas numéricas, escalas visuais analógicas. Medidas como, satisfação do paciente, função, amplitude de movimento, qualidade de vida, humor, fadiga, sono, consumo de analgésicos, atendimento hospitalar, ou outras intervenções clínicas, também eram incluídas.

Das 41 mulheres que terminaram o estudo, 26 posteriormente ao estudo escolheram continuar o tratamento com TENS durante mais 3 meses (14) e 12 meses (10), para 13 que preferiram a TES.

Conclusões dos autores:

Sobre análise dos resultados, os investigadores revelam não terem encontrado diferenças significativas entre as duas intervenções assim como na intervenção placebo. Realçam no entanto que, nas três intervenções as pacientes mencionam efeitos benéficos, tanto na dor como na qualidade de vida, o que os levam a supor que estas intervenções influenciem o estado psicofísico. Os autores focam três circunstâncias que podem influenciar estes resultados: o facto de as pacientes estarem a ter alguma melhoria na sua dor diminui a sua ansiedade e tal favorecer a adesão ao tratamento; o terem autonomia sobre o seu tratamento influencia a satisfação com a intervenção, e por outro lado, tendo a perceção que podem de alguma forma controlar a sua dor, aumenta-lhes a confiança e a por conseguinte a melhoria na qualidade de vida.

Concluíram que apesar da estimulação elétrica ser bem tolerada nesta população, ser fácil de usar e com mínimas contra indicações, mais pesquisas são necessárias para determinar a sua eficácia para a dor crónica oncológica.

Uma equipa de investigadores, liderada por Searle RD et al, (79), publicou um estudo de caso de um doente com dor de cancro ósseo. Fundamentam o seu estudo, na medida em que é comum a população com cancro apresentar metástases ósseas dolorosas, onde os sintomas são difíceis de tratar e que estas dores reduzem francamente a qualidade de vida. Apontam que os tratamentos habitualmente mais empregados incluem analgésicos opioides, radioterapia, mas estes têm efeitos colaterais significativos e não são inteiramente eficazes. Anotam a TENS como um

tratamento barato, relativamente livre de efeitos colaterais e amplamente disponível, de qual procuram a viabilidade de a utilizar em doentes neste contexto.

A intervenção do estudo, declinou sobre uma doente de 63 anos de idade, com história de cancro no pulmão e metástases ósseas que, após o consentimento, concordou submeter-se a uma hora de terapia TENS, para avaliar a sua aceitação em relação á sua dor. Os *scores* foram avaliados pela escala visual analógica (EVA), escala numérica e escala verbal, em repouso e em movimento. Após a avaliação clínica antes do tratamento, o TENS foi ajustado para atingir o local da parestesia, medindo-se a distância entre os elétrodos, sendo que a intensidade foi aumentada até a sensação ser “forte” mas confortável. Após 30 minutos de terapia, foram recolhidos resultados sobre a dor, em repouso e em movimento. Renovou-se o mesmo esquema até fazer uma hora de tratamento. O paciente referiu diminuição das pontuações na dor tanto em repouso e em especial em movimento. Foi prescrito um aparelho de TENS para levar para casa, depois de ser ensinado a utiliza-lo. Após 48 horas, não apresentava ocorrências adversas à terapia.

Conclusões dos autores:

É um caso em que os autores concluem que a TENS pode ser um novo tratamento para a dor de cancro ósseo, especialmente a dor causada pelo movimento, e que é provavelmente subutilizada em cuidados paliativos. Apresentam ainda considerações práticas ao utilizar o TENS, bem como algumas contraindicações e ou complicações que possam ocorrer. Todavia, admitem que é necessária mais investigação para quantificar os efeitos analgésicos da TENS neste contexto.

Um estudo multicêntrico, de Bennett MI et al, publicado em 2010 (80), avaliou a viabilidade do tratamento de TENS, em doentes com cancro ósseo recrutados do serviço de cuidados paliativos. Dos 24 doentes eleitos, 19 terminaram o estudo (cinco foram retirados, 3 devido ao estado de deterioração do estado clínico, e 2 devido ao aumento da dor). Só foram incluídos no estudo pacientes cujo evidência radiológica apresentava metástases ósseas, e referiam dor há mais de 4 semanas com pontuação de 3 a 10 na escala da intensidade da dor em repouso e/ou em movimento. Para avaliação da dor, eram utilizadas; a escala verbal e a escala numérica sob a escala analógica visual, com a combinação das particularidades de cada paciente.

Dez dos utentes recebiam tratamento de TENS por uma hora no local da dor, durante três dias, sendo as respostas avaliadas aos 30 e 60 minutos, incluindo as avaliações numéricas e verbais de dor (em repouso, em movimento e SOS). Nove dos restantes doentes estiveram submetidos ao tratamento placebo (os passos eram feitos igualmente mas sem ligarem o aparelho e sem os utentes saberem).

Conclusões dos autores:

Mediante os resultados, os autores assinalam que TENS era bem aceite pelos pacientes, bem tolerada, e com poucos efeitos adversos. Salientam ainda que embora a orientação internacional recomende a utilização de escalas de classificação numérica de intensidade da dor, os resultados deste estudo têm mostrado que a escala de alívio da dor pode refletir melhor a atividade e eficácia clínica de TENS. Os autores não avaliam diferenças significativas e sugerem que são necessários mais estudos para chegarem à conclusão que é praticável a TENS em doentes com dor de cancro ósseo, no entanto notam que não avaliaram as expectativas de tratamento antes do estudo e isso podem ter interferido de alguma forma nos resultados. Por outro lado consideram que os pontos fortes deste estudo foi incluírem uma nova abordagem na utilização da TENS, dada a facilidade de uso e aplicação, os pacientes podem escolher os seus próprios parâmetros e seu controlo. Rematam que objetivo do estudo foi projetado para analisar a viabilidade de utilizar a TENS em doentes com dor de cancro no osso, e que conseguiram recrutar uma pequena amostra significativa para legitimar um novo estudo no futuro.

Robb KA et. al publicam na Cochrane collaboration uma revisão sistemática sobre a aplicação do TENS para o controlo da dor em doentes adultos com cancro. Teve a sua primeira publicação no ano de 2008, foi atualizada em 2009 e posteriormente em março de 2012 (81, 82). Um dos critérios decididos pelos investigadores era incluírem apenas estudos randomizados controlados. Inicialmente apuraram 37 publicações que avaliaram a sua elegibilidade com base num formulário, usando 5 pontos da Escala de Qualidade de Oxford.

Conclusões dos autores:

Os autores da revisão concluíram que o estudo foi significativamente de fraca potência e que não há evidências disponíveis suficientes para determinarem a eficácia da TENS no tratamento da dor de cancro. Explicam que num dos estudos, não encontraram diferenças significativas entre TENS/placebo e tratamento com TENS em mulheres com cancro da mama com dor crónica (tabela 1). No outro estudo, não encontraram diferenças significativas entre tratamentos com TENS acupuntura e TENS/placebo em pacientes de cuidados paliativos. Na atualização de 2012, fora incluído um novo estudo multicêntrico que relaciona o tratamento de TENS na dor de cancro ósseo (tabela 3). Concluem novamente que estes estudos foram heterogêneos para estudar população. Fatores como o tamanho da amostra, o desenho do estudo, a qualidade metodológica, o tipo de TENS, a duração do tratamento, o método de administração e medidas e metodologia de resultados, divergiam de estudo para estudo.

Numa pesquisa científica de Holen JC et al, (83), apresenta-nos uma elementar reflexão sobre a dor crónica em doentes oncológicos e a dor crónica em doentes sem cancro. Numa amostra de 300 doentes com dor oncológica, e 286 com dor sem cancro foram convidados a responder ao questionário *Brief Pain Inventory*, que é uma ferramenta de avaliação da dor e onde correlaciona duas dimensões a intensidade da dor e a interferência com as funções, juntamente com o questionário de Dor McGill como medida multidimensional em pessoas com cancro. Analisaram os resultados comparando as respostas dadas pelos dois grupos. As observações dos itens foram ainda interrelacionadas com funções físicas, psicológicas, foram exploradas diferenças de dor, por grupo, por intensidade, e possíveis efeitos entre elas.

Conclusões dos autores:

Apuraram que os doentes com cancro referem maiores interferências na qualidade física que os doentes não oncológicos para o mesmo nível de intensidade de dor. Os doentes não oncológicos referem maior interferência no campo psicológico que os doentes com cancro. Quanto ao ajuste para idade, sexo, os resultados não foram significativos. Os investigadores concluem que os resultados indicam que os pacientes são incapazes de delatar a dor isolada da interferência com o funcionamento físico, e que as pesquisas deveriam relacionar a dor na interferência das funções.

Um outro estudo científico de Fayers PM et al fala-nos da dimensionalidade da dor em cuidados paliativos (84). Um dos objetivos destes investigadores era saber se a dimensionalidade difere entre pacientes com cancro e os pacientes com dor crónica. Doentes com cancro em cuidados paliativos (n = 395) e doentes com dor crónica (n = 168) preencheram questionários de avaliação de dor, que incluíam 23 itens escolhidos a partir de questionários já existentes. Análises psicométricas confirmaram a existência de duas principais dimensões, a intensidade e interferência, e conjuntamente a identificação dos itens que mais contribuem para estas dimensões.

Conclusões dos autores:

Nos resultados obtidos, sobre este prisma, avaliaram que existe uma forte diferença na relação entre a intensidade e a interferência nas respostas aos itens dos doentes dos cuidados paliativos em comparação com doentes com dor crónica. Como hipótese verificou-se uma forte inter-relação da intensidade com a interferência dando suporte à possibilidade destas duas dimensões se poderem combinar para fornecer uma medida de síntese de experiência da dor. Conclui-se que estas dimensões devem ser mantidas separadas ao avaliar os pacientes em geral, e da mesma forma um único tipo de paciente (tais como doentes de paliativos), para ser possível considerar a intensidade e a interferência da dor.

Em síntese, a maioria dos estudos randomizados controlados encontrados nesta análise não tinham uma amostra suficiente para detetar diferenças significativas. Robbert et al apresenta variáveis interessantes, contudo, além de ser uma amostra pequena, fornece pouca evidência que a TENS ativa fosse superior ao tratamento placebo em mulheres com dor crónica após tratamento de cancro da mama, porém deixa-nos a informação que houve resultados benéficos, tanto no controlo da dor como na qualidade de vida. O facto de ser um tratamento capaz de ser orientado e administrado pelo próprio doente ou familiares ou cuidadores do doente, proporciona a autonomia do doente, a liberdade de escolha na terapia e na frequência da sua administração. Estes são componentes que justificam a sua utilidade em âmbito de cuidados paliativos.

O estudo de caso de Searle et al elucida-nos com uma intervenção de sucesso, que nos deixa perspetivas positivas. Não nos referencia a dor como sentida há mais de 3 meses, ou seja como sendo uma dor crónica, porém em cuidados paliativos, o controlo da dor interessa-nos o alívio no momento da sua ocorrência. A utilização da TENS na dor crónica mostram efeitos semelhantes comparados na sua utilização durante três meses ou durante um ano. Facto que nos leva a crer que os efeitos da TENS não são influenciados quanto ao período de tempo de aplicação, a não ser o pelo efeito placebo positivo.

Atendendo que esta pesquisa tinha como objetivo identificar o interesse na utilização do TENS no alívio da dor crónica, no âmbito de cuidados paliativos, e de alguma forma, estimar se esta é uma técnica aproveitada em benefício dos princípios dos cuidados paliativos, apesar dos resultados não nos permitir determinar a eficácia da TENS, conclui-se no entanto que é uma técnica que representa uma útil alternativa para o tratamento, tendo em vista a favorável relação risco-benefício quando comparado com outros métodos de alívio da dor.

Durante as 200 horas de estágio prático, não foi possível implementar o tratamento com a técnica da TENS, uma vez que nenhum dos doentes internados no período do meu estágio apresentavam sintomas de dor crónica.

Nesta base, descrevo na apresentação de alguns casos vivenciados, que conjuntamente com outros métodos e técnicas não farmacológicas do âmbito da Fisioterapia, e enfatizei o ponto da comunicação relação doente/fisioterapeuta.

A comunicação é por isso uma ferramenta terapêutica essencial que permite o respeito pelo princípio da autonomia, confiança mútua e segurança (64). Deste modo a comunicação pode ser considerada como o principal instrumento do profissional de saúde, é utilizada como instrumento na colheita de dados importante para diagnosticar os problemas do binómio doente/família e como instrumento terapêutico para a sua resolução.

A comunicação é também fundamental no trabalho em equipa, permitindo assim a coordenação necessária entre os profissionais, a família e o doente. Vários estudos na

área dos cuidados paliativos mencionam a comunicação como um importante complemento no alívio da dor e outros sintomas para a obtenção de resultados eficazes (85, 86, 87, 88, 89, 90).

Na busca por integrar as experiências individuais vivenciadas na prática com a melhor evidência clínica disponível a partir de pesquisas sistemáticas, surge a Prática Baseada em Evidência (PBE), movimento científico que vem ganhando força na área da saúde (91, 92).

E porque a evidência não substitui a experiência e competência individual do profissional, que é quem avalia e julga se a evidência se aplica ao doente em questão e se pode ser integrada na tomada de decisão clínica, o processo de descobrir sistematicamente os resultados da investigação científica contemporânea com base para as decisões clínicas é vivenciar casos clínicos utilizando esses saberes (91, 92). Também o interesse em aplicar conhecimento científico à prática fisioterapêutica tem crescido nos últimos anos (93).

Na perspectiva de desenvolver a capacidade de reflexão crítica na prática assistencial no estágio clínico, traduzo de seguida pela escrita, com a descrição das atitudes e sentimentos/emoções experienciadas pelo profissional e pelo utente, envolvendo na descrição a aquisição dos novos conhecimentos de cariz teórico-científico em contexto de cuidados paliativos com a habilidade e experiência profissional até então já desenvolvida.

Caso clínico 1

O caso do senhor L.M., de 57 anos de idade, casado, com uma filha. Tem a esposa como cuidadora principal. Aparentemente, com bom suporte familiar.

Terá sofrido queda no centro de dia semanas antes do internamento, da qual resultou fratura subcapital do colo do fémur direito. Recorreu ao HL a 19/01/2013 e foi observado por ortopedia, tendo sido inicialmente colocada tração. Optou-se por realizar hemiartroplastia bipolar no dia 22/01/2013, sem ocorrências.

Apresenta como antecedentes pessoais: demência frontal-temporal com 3 anos de evolução, estando completamente dependente de terceiros nas AVD's, com deambulação letificada e marcha limitada. Discurso pobre, confuso e quando estimulado. Oscilações comportamentais mas maioritariamente tranquilo, sem agitação.

História desde 2008, com quadro depressivo, *deficit* de atenção com alterações da memória visual, da memória lógica sem deficit de aprendizagem.

Foi observado pela Neurologia, por apresentar parkinsonismo simétrico (rigidez axial, limitação nos movimentos verticais).

Atualmente apático, unificação psicomotora. Iniciou reabilitação com levante precoce e treino marcha com carga e treino de escadas, tendo entretanto retomado nível de autonomia similar ao anterior à cirurgia. Precisa de incentivo para a autonomia na alimentação, e a medicação é triturada.

Como plano de tratamentos não-farmacológico a curto prazo, quer pelo episódio da fratura colo do fémur, quer pela imobilização por questões de segurança do próprio doente por causa da sua demência, é benéfico uma mobilização articular global (94), promoção de marcha com apoio unipedal, assim como treino de subir e descer escadas/obstáculos. Conferindo uma manutenção da massa muscular, essencialmente membro inferior direito, e prevenção (95).

Estando perante um doente apático, que não verbaliza, que é pouco colaborante e que apenas cumpre ordens simples, a comunicação é, neste caso talvez, o maior desafio que se tem de superar para permitir ir de encontro à filosofia dos cuidados paliativos.

Os passos a seguir foram sempre num contexto de repetição da rotina e o mais próximo das atividades da vida diária. Começa com o cumprimento com a mão, saudando pelo nome, perguntando como se sentia, se tinha descansando. O aperto de mão mais desejável no nosso contexto cultural deverá ser firme e rápido, com a mão aberta, o que transmite consideração e respeito para o outro. Um aperto de mão sem energia transmite distância ou desinteresse.

Apesar de não esperar a sua resposta oralmente, com a repetição desta atitude, consegui que fosse ele a estender-me a mão para o cumprimento, e que no lugar do olhar vago, um olhar direto nos olhos. O contacto físico/toque é um dos aspetos da comunicação não-verbal que pode introduzir a interação, transmitido ao doente a ideia de que o profissional está com ele, partilhando o seu sofrimento. Porém, há que diferenciar os vários tipos de toque e adequa-lo às circunstâncias da interação, e respeitar o “espaço” entre ambos. Numa sociedade multicultural como a nossa, temos que estar preparados para encontrar doentes e famílias com valores e práticas diferentes (8).

Respeitando ordens simples como “vamos levantar da cadeira”, “vamos deitar”, “vamos andar”...acompanhado com o gesto e ajuda na mobilização, o doente correspondia satisfatoriamente a todos os pedidos. Segundo Barbosa, “uma postura adequada promove a continuidade da interação e qualquer mudança brusca e inesperada de postura perturba a conversa” (7).

Durante a aplicação das técnicas objetivadas, e como o feedback das sensações teriam de ser decifradas pela expressão corporal, tentei criar situações que de alguma forma poderiam ser incómodas para analisar como era a sua reação. Vários estudos descrevem que a vida de pessoas com demência têm sintomas e necessidades de cuidados comparáveis com pacientes com cancro (96, 97). Aprendi que se estivesse a provocar dor em algum dos exercícios, o utente fechava os olhos. A expressão facial

juntamente com o contato visual poderão ser considerados como dois aspetos mais fortes da comunicação não-verbal (8).

O destaque da comunicação não-verbal foi realçada nesta abordagem, atenta às menções corporais, abrangendo aspetos dinâmicos e estáticos. As pistas não-verbais emitidas pelos doentes não devem ser ignoradas e deverão ser interpretadas, tanto quanto possível (98, 99). Ao contrário do que se possa pensar, as aptidões da comunicação não são intuitivas. Vários estudos demonstram que a melhoria da qualidade da comunicação não ocorre apenas com o acumular da experiência clínica (100). Existe evidência científica disponível de que o treino adequado destas competências induz mudanças eficazes e duradouras das mesmas, para além de aumentar a satisfação dos doentes e a adesão dos mesmos ao tratamento.

Apesar do reduzido número de sessões que pude vivenciar com este utente, deparei que o doente aprecia o facto de o incentivarem a fazer atividades, que o facto de deambular pelo corredor o acalma e de alguma forma o desperta. Dando tempo, e mostrando-me disponível e preocupada consegui que num dos treinos de marcha ele me transmitisse que as calças lhe estavam largas, conseguiu verbalizar que “*é desconfortante*”.

Este episódio ensinou-me que a vontade de comunicar doente/profissional é recíproca, estando atenta, valorizando o conjunto de sinais e com atitude empática, de alguma forma o doente conseguirá transmitir o que lhe importa dizer.

Maior atenção deve ser dada a essas necessidades.

Caso clínico 2

Assisti ao caso do senhor J.D., doente de 63 anos, sexo masculino, seguido neste hospital após internamento na UCCP em 2010 por Encefalopatia de Wernicke com ataxia da marcha. Associa-se ainda DM2 e Fibrilhação auricular.

Trazido pela esposa por episódio, cerca de 1 hora antes, de engasgamento após acessos de tosse com conseqüente síncope. Tem tido tosse seca desde há longa data, sobretudo à noite, sem relação com ingesta.

História de AVC, dependência de álcool.

Internado com suspeita de HDA. Realizou EDA que relata varizes esofágicas sem sinais de hemorragia e gastrite erosiva sem hemorragia ativa mas provável fonte de anemia. Colocados elásticos nas varizes.

No dia do internamento, teve novo episódio de “engasgamento” sem relação com a alimentação e apenas presenciado pela esposa.

Atualmente com equilíbrio estático e dinâmico. Marcha com base de sustentação alargada, inclinação do tronco á direita e aumento da lordose. Uso de bengala.

Como plano de tratamentos não-farmacológico no âmbito da Fisioterapia decidiu-se que este doente teria vantagem na realização dos tratamentos de fisioterapia no

ginásio do HL. O intuito foi procurar a socialização e o atenuar do ambiente a que está sujeito.

Na degeneração cerebral ocorrente do alcoolismo, e para além de outros aspetos, a ataxia é uma das manifestações clínicas ocorrentes (101), sendo importante efetivar-se a coordenação locomotora. Propôs-se treino de marcha, com a utilização de barras, obstáculos e na ausência de ajudas técnicas, de forma a proporcionar um trabalho de transferências de peso corporal e treino de equilíbrio (102, 103). Trabalhou-se exercícios respiratórios globais, com objetivo de expansão torácica, ensino dos ciclos respiratórios mais lentos, e ensino de tosse eficaz, atendendo ao episódio relatado de “engasgamento”.

No intuito de valorizar a sua independência (e à manifestação de vontade pelo doente), fez exercícios nas roldanas para mobilização dos membros superiores e bicicleta sem carga, para membros inferiores.

Estando este utente orientado no tempo e espaço, apresentando um discurso coerente e norteado, a troca de ideias é relativamente facilitada. Contudo, este utente apresenta características particulares que nos notifica a uma abordagem cuidada. Estamos perante alguém que tenta demonstrar uma atitude de independência, tenta demonstrar que este é um episódio básico e tem capacidades acima do que realmente a situação clínica o pode permitir. Então, o cuidado que me sustenta ter é, direcionar os exercícios pedidos com objetivos bem definidos de forma a ter certeza que o doente percebeu e percebe a finalidade dos exercícios adequando-os à sua dificuldade. O doente tem tendência para acelerar os exercícios e desvalorizar a sua dificuldade e conjuntamente o cansaço que lhe possa provocar, daí a minha preocupação em estruturar tempos curtos, garantindo a conclusão da ação e consecutivamente a manutenção da autoestima.

Esta vivência mostrou-me o quanto é importante gerar confiança e reforço positivo no utente para que ele próprio acredite também nas suas capacidades. Convictos de que podemos sempre otimizar o nosso desempenho e a concretização dos nossos intuítos, conduzem-nos a uma atitude mais consciente, e inevitavelmente, mais plena.

Caso clínico 3

A senhora M.A.N., mulher de 63 anos, caucasiana, viúva e sem filhos, tem dois irmãos. Está atualmente desempregada (era vendedora ambulante de roupas). Natural de O., residente em G.

Operada a 23/01/2013, carcinomatose peritoneal de tumor primitivo do ovário, em convalescença, cansaço fácil para esforços de média intensidade. Ferida abdominal em fase de cicatrização – tecido epitelial. Com placa de colostomia.

Dado ser uma doente com neoplasia com carcinomatose peritoneal fica internada na tipologia de doente paliativa em fase reabilitativa. À chegada vinha com queixas algícas e de insónias, pelo que se otimizou a terapêutica.

Antecedentes de HTA, Neufrolitíase, alergia ao iodo.

Reporta o início das suas queixas há dois anos, exacerbando desde Agosto de 2012, altura em que refere dores abdominais recorrentes difusas, mais localizadas aos quadrantes inferiores, pioram com a ingestão alimentar, obstipação crónica, anorexia seletiva para carne, náuseas (sem vómitos), perda ponderal de 5 Kl.

Realiza TCAP que revela extensa expressão de carcinomatose peritoneal com múltiplas lesões mesentero-epiplóidas e peritoneais dispersas, densamente calcificado, a que se associa ascite de pequeno volume em topografia pélvica. Adenopatias inter-porto-cave e múltiplas formações ganglionares associadas mesentéricas. Fígado com padrão de esteatose grave.

Foi feita uma conferência familiar, antecipadamente planeada com psicólogo, com a irmã e sobrinho, e sem a presença da dona A. A CF realizou-se na sala de estar, durando cerca de 30 minutos. O motivo da CF foi o facto de a família questionar o estado amílico da doente, acham-na mais ansiosa, perguntam se está relacionado com alguma alteração clínica. O sobrinho refere que acha que a tia vai morrer brevemente e que interpreta tudo isso como sinal disso.

Foram abordados assuntos como os de, aferir informação sobre o diagnóstico, prognóstico e evolução, clarificação dos objetivos dos cuidados e sintomas, expectativas perante a doença, tratamentos e evolução, assim como questões práticas.

Houve expressão de emoções por parte da senhora, e consenso dos assuntos abordados.

Foi feita uma consulta de Psicologia na presença da irmã, sobre o início da quimioterapia e sobre a possibilidade de alta. A senhora refere que tem vontade de sair do hospital, tendo no entanto a consciência de que não pode estar em casa sozinha. A ideia de ir para G. está posta de parte e o irmão já anda à procura de alternativas para a senhora permanecer em L.

Atendendo que ainda manifesta queixas urinárias vagas (após a algaliação prolongada + infeção) mas sem febre, como plano de tratamentos não-farmacológico no âmbito da Fisioterapia, fez-se exercícios peritoneais localizados, juntamente com mobilização ativa/passiva dos membros inferiores (104, 105). Numa perspetiva de prevenção, propôs-se a manutenção da massa muscular com exercícios feitos no leito, simples e sem grande esforço. Acompanhou-se e promoveu-se a deambulação pelo corredor principal do piso, considerando as transferências de peso, e manutenção do equilíbrio.

Estamos perante uma doente calma, consciente e orientada, e a comunicação faz-se relativamente de forma básica. Contudo, a doente demonstra uma enorme preocupação com a sua imagem visual. Antes de iniciar os tratamentos de fisioterapia

faz questão de verificar se o saco de colostomia está em condições, diz ela que “não quer que aconteça nenhum acidente”. Supus que este facto ainda a incomodava, havia poucos dias que a enfermeira a tinha ensinado a tratar do saco sozinha, e ainda se sentia insegura. As expressões emocionais na comunicação fazem-se, sobretudo, com recurso à linguagem não-verbal (gestos, expressão facial, postura, olhar, para linguagem, o tom de voz).

Numa nas primeiras sessões de Fisioterapia, ela achou que havia necessidade de limpar o saco de colostomia, pediu-me para lhe dar tempo para o fazer. E eu pedi-lhe se me ensinava como fazia. Aceitou prontamente, e julgo ter sido uma oportunidade para beneficiar a relação fisioterapeuta/doente e ao mostrar-me como fazia julgo ter contribuído para a melhor aceitação da tarefa.

Foi posta a hipótese de começar a fazer quimioterapia. A informação já tinha sido trabalhada numa conferência familiar, entre médico, doente e um familiar. Perguntou-se se tinha dúvidas sobre a quimioterapia mas disse que já estava mais ou menos dentro da situação (já tinha falado com a médica antes da cirurgia). Na transmissão da informação falou-se também dos efeitos secundários da quimioterapia, que não se podia garantir que não existissem, mas que a equipa de CP está cá para ajudar e controlar a sintomatologia. A doente refere por várias vezes que sabe o que tem.

Falou-se do corte do cabelo, pareceu tranquila com esse aspeto, referiu que vai ser melhor não só pela quimioterapia como também para tomar banho quando já não estiver internada. Porém, no dia em que a cabeleireira veio cortar o cabelo à doente, tive a percepção que a senhora A. estava mais introvertida, e respondia com frases mais curtas do que o habitual.

Dentro do tempo do acompanhamento dos exercícios de fisioterapia, procurei tatear se ela queria desabafar os seus sentimentos. Dispus-me a ouvi-la e confidenciou-me que o que a preocupava era que a mãe a visse de prótese capilar. Foi início de várias outras revelações pessoais, algumas indicações transmiti para que a equipa se inteirasse das preocupações desta doente, e senti-me de alguma forma privilegiada pela confiança em mim depositada.

Mais uma vez a comunicação não-verbal foi uma ferramenta fundamental para contribuir no ato de cuidar. A capacidade de escuta é uma competência fundamental para a eficácia da comunicação em cuidados paliativos, envolvendo aspetos físicos, técnicas facilitadoras da comunicação empática (35).

Caso clínico 4

F. A. M., sexo masculino, nascido a 27/10/1948 (64 anos de idade), casado, tem dois filhos (ausentes), com diagnóstico de Carcinoma do Colon, carcinomatose peritoneal. Foi admitido em 22 de março através SU por queixas de não defecar e não urinar e a família refere agravamento do estado geral.

As principais queixas no internamento, o doente referiu dificuldade em respirar, cansaço após pequeno percurso, dor/ardor no estomago, sem apetite. Os membros inferiores apresentavam ligeiro edema, em especial na tibiotársica esquerda, provavelmente devido a história passada de fratura da tibia (?).

Sendo um doente autónomo, capaz de realizar sozinho a sua higiene pessoal e alimentação, mobilizava-se com alguma frequência do leito para a cadeira e vice versa, em termos de manutenção articular e muscular, a preocupação era incentivar e efetivar essas atividades.

Visto apresentar um ligeiro edema no membro inferior direito, abaixo do joelho, foi feito massagem de drenagem linfática diariamente, com ensino de posicionamento (101, 102). Como adjuvante, fez mobilização passiva, ativa-assistida do membro.

O doente apresentava-se geralmente calmo, orientado no tempo e espaço. Porém, a comunicação deste era vaga, com respostas curtas e sem manifestações de humor. Conhece o seu diagnóstico, fazendo manifestações do género “estou à espera para morrer”. Por algumas vezes tentei averiguar o que realmente sabia da sua doença. Perguntava-lhe “ o que lhe disse a médica sobre este seu episódio?”, “está preocupado, sente-se diferente hoje?”. Mas a resposta era sempre com o mesmo desagrado e com desdém, que “estava a morrer”. Ainda perguntei se queria falar sobre isso, mas disse diretamente que não.

Respeitei a sua decisão, e não voltei a abordar o assunto. A dificuldade de transpor esta barreira incomodava-me, não pelo facto da realização do tratamento de fisioterapia, pois sempre deu resposta positiva ao que lhe era pedido, mas sim pelo facto de se criar um clima de desapego doente/profissional. Como tal, e para quebrar esse ambiente, a base das conversas foi tentar reportar o senhor F. para vivências do passado, que de alguma forma se adivinhassem significativas. Este divagar às recordações do passado, e a possibilidade de reviver acontecimentos marcantes da sua vida, funcionou como o desbloquear de um pensamento constante, que era a morte. E as sessões de fisioterapia tornaram-se mais agradáveis.

A principal cuidadora, a esposa, vinha diariamente ao serviço para o acompanhar, participando em alguns dos cuidados diários. Sempre que a esposa aparecia o comportamento do senhor mudava. Ficava calado e mais queixoso, e exacerbava o mau estar. A opinião de vários elementos da equipa era unânime, o casal aparentava uma relação com ligeiro conflito, não se tornando evidente a causa.

A médica responsável tinha dado indicações que o senhor iria ter alta, não existindo motivos para continuar internado, uma vez que os sintomas estavam controlados. Mas, tanto o doente como a esposa manifestavam desagrado quando se falava em retomar a casa.

Após sùmula e conjunção de várias informações julgou-se que, o facto de o doente residir a vários quilómetros do hospital, a dificuldade em ser admitido no serviço de

paliativos, o medo de não ser socorrido atempadamente em caso de agudização da situação, pode ter contribuído para a reticência em aceitar voltar para casa.

As tarefas como controlar os sintomas físicos afiguram-se como parte integrante duma formação académica, mas paralelamente devem ser direcionadas com a necessidade de uma comunicação eficaz (108). Ou seja, neste caso, o controlo dos sintomas físicos estava efetivado, era no entanto necessário trabalhar o apoio à família e o aspeto psicológico do doente.

O que poderia ser feito? A equipa poderia reunir-se e estabelecer um plano para tentar encontrar uma resposta às preocupações deste doente e cuidador. Após consenso e decisão, deveria ser feito uma conferência familiar, com o doente e familiar, para tentar esclarecer dúvidas sobre o estágio e evolução da doença. Era importante o modo e o local como é feita e a privacidade para que se possam exprimir sentimentos. Saber quais as preocupações de ambos, e averiguar a necessidade de apoio de suporte. Se necessário, sugerir recursos de apoio domiciliário, ou a participação de um familiar próximo. Ensino para atitudes a tomar em futuras manifestações, ou agravamento da debilidade. Programar uma futura consulta num espaço curto de tempo. Disponibilizar ajuda da equipa para esclarecimento e orientação da situação sempre que fosse necessário.

O senhor F. teve alta, e não consegui ter conhecimento que a conferência foi feita ou não.

Esta vivência ensinou-me que cuidar de um doente com doença crónica avançada exige estar atento a comportamentos destrutturados. A aflição de estar doente somada à própria doença física, constitui uma provação que, se nos pode trazer amargura, revolta, também é capaz de nos transformar interiormente. E coisas a que dávamos a maior das importancias deixam de a ter, enquanto que outras que não valorizavamos tanto se tornam importantes. Acima de tudo, estar atento aos promenores, sem nos afastar-mos da realidade nem ficar presa a ela.

Só desta forma conseguiremos desifrar os sinais que nos guiam a uma melhor prática profissional. E, que para responder ao compromisso ético-profissional em CP, devem estar patentes todos os recursos específicos neste tipo de cuidados, nomeadamente, um modelo cooperativo de intervenção nas crises.

3. Projeto de intervenção em serviço

Na parte III deste relatório, atendendo aos regulamentos da Adenda dos CP, procura-se descrever o projeto de intervenção/formação desenvolvido no serviço onde desempenha funções. Nele pondera-se a identificação da área problema, o objetivo, plano pedagógico e de intervenção, fundamentando as suas diferentes etapas, desde o planeamento, à realização e avaliação, incluindo o aprofundamento do tema selecionado. Ao longo da sua redação, sustenta-se as afirmações recorrendo a autores com publicações recentes na área do assunto referido.

Diversas revisões sistemáticas têm sido realizadas sobre cuidados paliativos, focando particularmente a fase de fim de vida, todavia os cuidados paliativos podem servir como uma intervenção para gerenciar doenças crônicas, e não apenas no final da vida, mas também nas fases iniciais da doença (109). A integração de cuidados paliativos em lares de idosos oferece uma potencial solução para as ocorrências relativas a esses cuidados (110).

A SCMCB, é uma instituição que acolhe vários utentes nestas condições, e acredito que a formação traduza num resultado a otimização do desempenho das auxiliares de lar junto dos seus doentes, e que posteriormente facilitem mudanças de comportamentos e/ou atitudes na habilidade em cuidar.

Foi neste intuito que pretendi desenvolver um projeto de formação na área da comunicação no meu local de trabalho, junto das auxiliares de lar e centro de dia e apoio domiciliário, que são os profissionais que mais tempo passa juntamente com o doente, prestando-lhes cuidados da vida diária.

A formação inicialmente planeada tinha por base 12 horas de exposição de assuntos relacionados com a comunicação na interação do cuidado com os doentes, sendo feita por convite, dos quais os profissionais que mostrassem interesse nos conteúdos da formação, deveriam fazer a inscrição na folha que acompanhava a circular pelos pisos.

Todavia, após o plano de formação ter sido apresentado à instituição em causa, este foi aceite e solicitado a ser incluído num programa de certificação da qualidade da empresa. Como formadora, teria de obter o certificado de competências pedagógicas, alterar a formação para 25 horas, e seguir os regulamentos da entidade formadora que trabalha com a instituição.

Sendo meu intuito disseminar o mais possível a boa prática em prol dos doentes no nosso quotidiano, e de alguma forma desmitificar e promover o papel dos cuidados paliativos na nossa sociedade, aceitei com bom grado e reestruturei o projeto inicial, ampliando a sua abrangência neste fim.

Tal como já foi mencionado, o projeto de intervenção foi desenvolvido na SCMCB, durante o mês de Maio de 2013, em 6 sessões, no total de 25 horas, ficando agendado até ao final do ano a realização de mais 3 ou 4 formações (dependendo do numero de elementos interessados), com os mesmos critérios.

Estando o projeto inserido num programa de certificação de qualidade da instituição formadora, as formandas serão contempladas no final, com um certificado da respetiva formação, creditado por uma entidade formadora certificada pela DGERT.

O tema principal deste projeto é a Comunicação na interação do cuidado no doente, procurando conjugar a filosofia dos cuidados paliativos na dinâmica profissional da população alvo e sua realidade.

Como objetivo pessoal, pretendeu-se rever e ampliar as competências pedagógicas da formadora dentro de duas áreas-chave dos cuidados paliativos: comunicação e trabalho de equipa.

3.1 A Comunicação na interação do cuidado

O envelhecimento e as doenças crónicas tornam-se mais comuns e o número de pessoas que vivem com os efeitos dessas doenças aumenta consecutivamente. Populações globalmente envelhecidas e o aumento da doença a longo prazo significam que mais pessoas vão precisar de cuidados paliativos no futuro (111).

Esta nova realidade conduz a uma crescente preocupação em fomentar e evidenciar a dignidade e conforto das pessoas que vivem com doenças crónicas, e paralelamente a necessidade de mudança de mentalidade e atitudes. Estas esperam-se ser conquistadas através da educação e ensino das gerações futuras dos profissionais que lidam com os doentes deste foro (111).

A comunicação é um dos pilares principais dos cuidados paliativos (15, 85), funcionando como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e no controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal. Vários estudos na área dos cuidados paliativos mencionam a comunicação como um importante complemento no alívio da dor e outros sintomas para a obtenção de resultados eficazes (86, 87, 88).

Esta comunicação desejando-se eficaz, exige formação padronizada, do treino e da experiência dos profissionais de saúde (110).

Contudo, é simultaneamente importante e difícil, e constitui um desafio, pois implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o técnico de saúde, a pessoa doente e família (7).

Cada doente é único, e cada situação, também ela é particular. Estas competências tornam-se difíceis de gerir pois estão interligadas com a personalidade e a própria

peessoa, quer seja o doente ou o profissional de saúde. A formação é um dos principais alicerces da prestação de cuidados eficazes, e pode ser demonstrado pelo elevado número de programas de formação disponibilizados em todos os países europeus.

Independente de idade, etnia ou sexo, alguns pensamentos e sentimentos são frequentes em quem vivencia a sua última fase de vida; a preocupação com os familiares que ficam, o medo do desconhecido perante a morte, o sofrimento intenso no momento da morte e estar sozinho quando tudo isso acontecer, que são comuns e geram intenso sofrimento psíquico para o doente (112). É fundamental o acompanhamento e apoio do ser humano nesta fase da vida.

Reflexões sobre o processo de revisão de sua vida também são frequentemente detetados nos doentes e podem trazer angustias, sobretudo quem possa ter assuntos inacabados ou conflitos a serem resolvidos. Se o paciente ainda verbaliza, pode haver o desejo de compartilhar com alguém os seus sentimentos e anseios (113, 114, 115). Fá-lo-á com quem se dispuser a escuta-lo.

E mesmo quando já não é possível falar, o paciente demonstra maneiras não-verbais e fisiológicas do seu sofrimento. Nesse contexto, as palavras mostram-se secundarias e a comunicação não-verbal assume o papel de instrumento do cuidado nessa fase final (1116). Por exemplo, pode ser muito difícil se comunicar com as pessoas com demência, contudo, um gesto pode fazer a diferença. A astúcia é conhecer e depreender como eles conseguem comunicar e, seguir o apelo.

Há formas de pensar, falar, agir, que nos ajudam a estar bem conosco e com o mundo, outras que provocam o contrario.

3.2 Planeamento

Este plano de intervenção teve por ambição proporcionar às ajudantes de lar da SCMCB, uma formação básica, tendo como tema principal a Comunicação na interação do cuidado no doente. Com ela pretende-se fornecer, um conjunto de conceitos em torno da prática dos cuidados ao doente, e um combinado de esclarecimentos que poderão ser uma fonte de suporte para atuar como um meio de desmistificação do estigma associado à doença.

Uma vez que, para a concretização desta formação, se exigia o Certificado de Competências Pedagógicas, entre os meses de Dezembro e Janeiro 2012/2013 realizei o meu curso de formação de formadores (anexo 7).

O seu programa foi concebido na caracterização dos contextos/sistemas da Formação Profissional em Portugal, para que no final da formação o formador possa saber distinguir as competências exigíveis ao formador em função dos sistemas em que intervém. Igual modo pretende-se que o formador saiba dotar uma perspetiva de autoavaliação relativamente à sua prática, consiga planificar unidades de formação

tendo como ponto de partida as orientações e procedimentos do plano de formação instrumento de gestão de uma organização.

Seja capaz de formular adequadamente os objetivos pedagógicos que irão orientar a atividade formativa, e conceber e aplicar uma metodologia adequada aos objetivos, aos públicos-alvo e ao contexto de formação.

Seja capaz de desenvolver um dispositivo de avaliação das aprendizagens útil à sua prática pedagógica e como parte integrante de um sistema interativo de avaliação da formação, utilizar e conceber de forma adequada os recursos didáticos e multimédia na formação, em suportes diversificados em função da estratégia pedagógica adotada, adequar o processo de aprendizagem à especificidade do indivíduo adulto, desenvolver uma relação pedagógica eficaz e produtiva em função do grupo de formação, e desenvolver uma análise construtiva que possa contribuir para a melhoria dos sistemas de formação, ao nível técnico-pedagógico e/ou organizacional.

Como a formação foi alterada para 25 horas, houve a necessidade de conjugar os conteúdos das sessões já planeadas com maior abrangência nos conteúdos, sempre dentro da filosofia e princípios dos CP, e numa perspetiva de adaptar as características profissionais da população alvo com os objetivos do projeto inicial.

Dado ao crescente de tempo, foi possível abranger mais informações e uma apresentação mais diversificada e convidativa. Foi acrescentado à apresentação, alguns vídeos relacionados com o tema, propulsionou-se a realização de alguns testes psicotécnicos de conhecimento pessoal, profissional, relacional e emotivo. Realizou-se alguns jogos interativos, de forma a promover a inter-relação e quebra de interdições.

3.2.1 Plano de intervenção

Diagnóstico da situação

A PNCP (2010) define “palição” por o alívio do sofrimento do doente, e por “ação paliativa”, qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As ações paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução. As auxiliares de lar e centro de dia e apoio domiciliário são elementos que constantemente praticam ações paliativas, quer dentro da instituição com doentes em internamento quer em domicílio.

Quero salientar que estas ações se consideram claramente distintas das práticas estruturadas, organizadas e específicas dos cuidados paliativos que abordei nos serviços que estagiei. No entanto é consensual a necessidade dos profissionais que

cuidam do doente em fim de vida terem formação e treino para prestar as medidas paliativas básicas, as dominadas “ações paliativas” pela PNCP ou “cuidados paliativos primários” (113).

A escolha da população alvo contemplou o facto de para este tipo profissionais não ser exigida avaliação específica de competências para exercer a sua atividade, quer a nível académico quer de formação. Todavia, devido à grande proximidade entre doente e ajudante de lar, criam-se elos entre eles que favorecem a confiança; o “saber estar”, o “saber ouvir” e o “saber sentir”, mostram-se instrumentos essenciais no cuidar do utente. Saberes que se propõem evidenciar ao longo da formação.

Objetivos do Plano de intervenção

Objetivos Gerais:

- Demonstrar a importância da comunicação no contexto.
- Proporcionar um conhecimento básico das características de doenças crónicas neurológicas mais frequentes como, AVC, Esclerose Múltipla, Parkinson, Alzheimer.

Objetivos específicos:

Propõe-se que no fim da formação, os formandos adquiram:

- Melhor capacidade de comunicar eficazmente com utentes com doenças neurológicas incuráveis.
 - Maior consciência dos problemas, que enfrentam estes doentes.
 - Clarificação e desmistificação dos princípios dos Cuidados Paliativos.
 - Capacidades de criar mecanismos de equilíbrio emocional em situações críticas.
- Competência para adequar os cuidados de higiene e conforto às necessidades e características do utente.
- Consideração pelos princípios de ética e deontologia inerentes às suas tarefas.
- Relevo na disponibilidade na relação com os utentes, com vista à criação de um clima de empatia.
 - Adaptação a diferentes situações e contextos de trabalho.
 - Prevenção de burnout e autocuidados.
 - Motivação em trabalhar em equipa e cooperar para objetivos comuns.

3.2.2 Plano de formação

O plano pedagógico de formação como parte integrante do plano de intervenção procura a execução deste, dando-lhe cumprimento aos seus objetivos e materializando-o. Sendo constituído pela identificação da entidade formadora, do tema, dos formadores, dos destinatários, dos objetivos gerais, da data de realização, da duração, do plano das sessões, da divulgação e da avaliação.

Entidade formadora

A formação decorrerá na instituição da SCMCB

Tema

Comunicação na interação do cuidado ao doente

Identificação do formador

Elisa Maria Gonçalves Ferreira

Destinatários

A formação destina-se a todas as auxiliares de lar e centro de dia e apoio domiciliário, colaboradoras da SCMCB.

Data da realização

O primeiro grupo de 16 elementos realizou a sua formação durante o mês de Maio, e os restantes grupos, está planeado com a instituição até ao final do ano corrente.

Divulgação

A formação foi divulgada por circular em cada piso da SCMCB, acompanhada de uma folha com a síntese dos conteúdos, e folha de inscrição (apêndice 1).

Conjuntamente foi afixado um *poster* na sala comum de cada sector da instituição (apêndice 2). Nele constou a entidade formadora, o título da formação, datas e horários das sessões, local da formação, caracterização da formadora, e população convidada.

Plano das sessões

Tabela 2: Plano de Sessões da formação “Comunicação na Interação do cuidado no doente”.

Unidade 1			
Dia	Horas	Conteúdos	Objetivos específicos (no final, os formandos deverão ser capaz de)
Dia 13	16:00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Receção e apresentação dos formandos e formador. ▪ Enquadramento do tema nos cuidados paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notar o dimensionável envelhecimento da população. ▪ Conhecer, compreender e aplicar os valores e princípios dos cuidados paliativos. ▪ Reconhecer as suas atitudes pessoais bem como os sentimentos, valores e expetativas em relação à morte e à diversidade individual, cultural e espiritual.
	17:00	<ul style="list-style-type: none"> • Papel do ajudante de lar como cuidador/relação de ajuda/acompanhamento. • Autorreflexão de dependência/incapacidade/fim de vida. 	
	18:00	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de cuidar • Envelhecimento e necessidades dos Cuidados Paliativos 	
Unidade 2			
Dia 14	16:00	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer e compreender os princípios e estratégias básicas de comunicação durante a prestação de cuidados • Demonstrar respeito pela debilidade física e psicológica do doente, pelas suas perspetivas e desejos, durante a prestação de cuidados • Demonstrar capacidades de comunicação com o doente, família e equipa de trabalho • Evidenciar capacidade de identificar os principais obstáculos e dificuldades na comunicação
	17:00	<ul style="list-style-type: none"> • A comunicação como instrumento na identificação das necessidades emocionais e espirituais/escuta ativa e passiva/estratégias/impedimentos. 	
	18:00	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação não-verbal. • Proposta da realização dum folheto das reflexões do grupo sobre comunicação. 	
Unidade 3			
Dia 15	16:00	<ul style="list-style-type: none"> • Principais sintomas/sinais físicos e psicológicos de doenças crónicas frequentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o processo de adaptação à doença crónica, a sua evolução e fase
	17:00	<ul style="list-style-type: none"> • Etapas de adaptação à doença (enfrentar a realidade, reorganização, perda, 	

		restabelecimento).	
	18:00	<ul style="list-style-type: none"> Sinais de alerta (raiva, isolamento, depressão, negação). 	<p>terminal.</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliar sintomas e sinais tendo em conta as múltiplas dimensões (física, psicológica, social e espiritual). Assistir de modo holístico o doente e família ajudando-os a lidar com o sofrimento na dor e nas perdas.
Unidade 4			
Dia 16	16:00	<ul style="list-style-type: none"> Apoio no processo de perda/luto. Relação de ajuda. 	<ul style="list-style-type: none"> Assistir e apoiar a família no luto/perda. Compreender e respeitar a debilidade e vulnerabilidade do outro. Descrever e identificar área de problemas relacionados com o cuidado interligado com os cuidados básicos diários.
	17:00	<ul style="list-style-type: none"> Perda associada à doença crónica 	
	18:00	<ul style="list-style-type: none"> Critérios afetivos, cognitivos, físicos, comportamentais, sociais, existenciais. 	
Unidade 5			
Dia 20	16:00	<ul style="list-style-type: none"> Trabalho de equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar e compreender os princípios do trabalho em equipa. Reconhecer sinais de exaustão física, emocional e mental. Promover estratégias de autocuidados.
	17:00	<ul style="list-style-type: none"> Mecanismos de <i>coping</i>, limites pessoais, <i>burnout</i>. 	
	18:00	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidados dos Profissionais/ prevenção de <i>stress</i>. 	
Unidade 6			
Dia 21	16:00	<ul style="list-style-type: none"> Promoção da qualidade de vida – metas da Organização Mundial de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos inerentes aos cuidados aos doentes.
	17:00	<ul style="list-style-type: none"> Conforto e qualidade de vida da pessoa idosa. 	
	18:00	<ul style="list-style-type: none"> Sono/repouso/alimentação/sintomatologia. 	
Unidade 7			
Dia 29	16:00	<ul style="list-style-type: none"> Discursão de casos vivenciados/dificuldades 	<ul style="list-style-type: none"> Demonstrar capacidade de trabalho em equipa. Identificar as
	17:00	<ul style="list-style-type: none"> Planificação e realização do panfleto do grupo 	
	18:00	<ul style="list-style-type: none"> Planificação e realização do panfleto do grupo 	

			competências nas áreas-chave em relação à interação do cuidado com o utente.
Unidade 8			
Dia 31	15:00	<ul style="list-style-type: none"> Síntese dos conteúdos lecionados 	<ul style="list-style-type: none"> Refletir sobre o desenvolvimento pessoal, valores relacionados com a trajetória de vida, o fim de vida e morte, após novos pareceres e considerações.
	16:00	<ul style="list-style-type: none"> Síntese dos conteúdos lecionados 	
	17:00	<ul style="list-style-type: none"> Mecanismos de promoção do folheto de grupo. 	
	18:00	<ul style="list-style-type: none"> Reavaliação e autoavaliação dos programas lecionados. 	

3.2.3 Desenvolvimento do Plano de Formação

O plano de intervenção foi executado através da implementação da Formação “Comunicação na interação do cuidado no doente”. Este plano foi incluído no plano e Certificação de Qualidade da instituição formadora, creditado por uma entidade formadora de formação e serviços que trabalha com a SCMCB (anexo 8).

As sessões planeadas para o primeiro grupo de formandas, foram realizadas numa sala de reuniões da instituição, que proporcionaram um ambiente acolhedor e informal, com boas condições acústicas, bem equipada nos meios audiovisuais (computador, retroprojektor, tela de projeção). A disposição das mesas e cadeiras estavam orientadas de forma a criar um contato visual bastante uniforme.

Na apresentação foi usado o método expositivo, com apresentação ajudada com diapositivos em formato PowerPoint, o método interrogativo e dinâmico, de forma a criar interação dos elementos do grupo e efetivar avaliação formativa (apêndice3). Importa-me referir que os diapositivos foram construídos tendo em conta as características do público-alvo, tentando a apresentação visualmente convidativa, sem excesso de terminologia científica e conteúdos básicos.

A informação foi completada com material escrito (fotocópias, panfletos informativos, vídeos).

3.2.4 Avaliação do Plano de intervenção/formação

Numa perspetiva global, a formação foi reveladoramente positiva, tanto para as formandas como para a formadora assim como para a instituição em causa.

A proposta não tinha a pretensão em atingir a perfeição ou esgotar os valores e princípios dos cuidados, por isso os critérios de avaliação foram mínimos, conferindo todavia o demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos inerentes aos cuidados ao doente em fase de final de vida e a capacidade de colaboração com a restante equipa multidisciplinar.

A avaliação diagnóstica das formandas deste grupo teve como estratégia, em que, na primeira sessão, foi pedido aos formandos que numa folha de papel A4 respondessem sucintamente num parágrafo, a três perguntas: qual o valor pensam ter para quem cuidam, que valor dão aos doentes que cuidam, que valor dão á sua vida/morte. As folhas após respondidas e identificadas, foram colocadas num envelope que se fechou e guardou, e na última sessão foram devolvidas aos respetivos formandos, que se pediu que renovassem o mesmo raciocínio. As mudanças foram partilhadas e comentadas.

A perceção na primeira sessão, através de questões abertas em geral, foi satisfatória uma vez que as formandas manifestaram motivação e curiosidade pelos conteúdos programados para a formação.

Em remate com esta estratégia, concluiu-se que, foi unânime o facto de não se gostar de falar de morte, mas que todos contam com a ideia de morrer um dia! Que podemos superar o preconceito de falar na morte, contudo enquanto não vivenciamos alguma experiencia direta com ela, a nossa ideia sobre ela é apenas limitada ao intelecto. Para muitas, a morte significava acima de tudo a libertação do sofrimento, e uma “boa morte” era sinónimo de “morrer a dormir”. Genericamente, aceita-se que cuidar do outro dentro da sua fragilidade, ajuda-nos a perceber quão frágeis e vulneráveis somos enquanto seres humanos!

Ao longo da formação, foram propostos desafios de acordo com a temática da sessão, partilha de casos vivenciados, e pela observação e pela análise, feita pela formadora, da motivação participação e pertinência das intervenções foi completada com uma avaliação formativa.

A nível geral, a participação e motivação foi extremamente positiva, pois fez-se notar uma liberdade de pensamento na exposição dos assuntos, e uma vontade de quebra de padrões de comportamento, outrora enraizados pela rotina e submissão de normas já estabelecidas, que arcam serem necessárias renovar.

Sintetizando os conteúdos ministrados, concretizando os objetivos da formação, e para se proceder a uma avaliação sumativa das formandas, foi-lhes pedido a realização em grupo, um panfleto sobre uma das patologias degenerativas crónicas abordadas. As patologias escolhidas pelos grupos recaíram sob as que de alguma forma já estivessem mais familiarizadas com situações reais.

De igual modo, com este trabalho sendo em grupo, tentou promover-se a importância do trabalho em equipa, no valor da partilha de experiencias e competências profissionais, na comunicação, neste caso escrita, de divulgação de

atitudes e valores ponderados por elas importantes. Os panfletos resultantes foram distribuídos por alguns sectores da instituição, mais propriamente em zonas de lazer ou de descanso comum entre os colaboradores da instituição, de forma a difundir ideias, promover mudanças de atitude, e de alguma forma, considerar a motivação das formandas.

Foi feita a avaliação e autoavaliação dos panfletos pelos elementos dos grupos formados. Foi distribuído a cada grupo todos os panfletos construídos e uma folha A4, com um simples questionário. Inquiria-se para cada trabalho, a apresentação global, a clareza da informação, o interesse da informação e a criatividade. Estes itens eram pontuados de 1 a 4, sendo 1 insuficiente e 4 muito bom. Um dos trabalhos foi classificado de suficiente, os outros de bom e muito bom. Esta classificação incluía a autoavaliação de cada grupo.

No entanto, com o intuito de avaliar a atividade formativa, a opinião das formandas e seus comentários assumem uma particular importância. Das informações recolhidas dependerá o aperfeiçoamento e melhoria das condições futuras a nível pedagógico. Com este propósito, no final da formação foi distribuído a cada formanda uma folha A4, contendo uma grelha de itens que relacionavam a prestação da formadora e interesse da formação, dos quais responderiam entre o insuficiente, suficiente, bom e muito bom.

As questões reportavam aspetos como: Revelou conhecimento nos temas apresentados, usou linguagem acessível, foi criativa na forma e apresentação dos temas, revelou capacidade comunicar, revelou domínio das temáticas abordadas, foi propiciada a discussão de ideias e o esclarecimento de dúvidas, foi suscitada a motivação e participação do grupo, existiu um correto equilíbrio entre teoria e prática, o desenvolvimento das temáticas foi adequado, facilitando a aprendizagem. Avaliação foi positiva, sendo as respostas dadas entre o bom e muito bom.

Da mesma forma, se avaliou a satisfação dos meios pedagógicos utilizados, objetivos e conteúdos da formação. Na mesma escala, foram colocadas questões como: a documentação de apoio distribuída adequou-se aos conteúdos expostos, os meios audiovisuais utilizados facilitaram a compreensão, as instalações e condições ambientais ajustaram-se às necessidades, os assuntos expostos tiveram interesse, existiu uma correta adequação do programa face aos objetivos definidos, a duração da ação na sua globalidade fora adequada. E, também estes itens foram avaliados entre bom e muito bom.

Cada vez que comunicamos só controlamos parte da comunicação, pois como avaliar o que o outro entendeu? Parece-me importante ter consciência de que mesmo que o outro não receba tudo o que nos é desejado, isso não representa um insucesso, mas sim, uma informação e uma aprendizagem sobre o que não está a funcionar, e que vai permitir-nos a retificação da nossa ação para atingir os nossos objetivos.

Não existem fracassos, só feedback! Foi no entanto importante para mim, enquanto formadora, conseguir uma abertura na entrada no “mundo do outro

profissional”, entender as necessidades das formandas e perceber as referências por elas contextualizadas.

Conclusão

Ao optar por realizar o Mestrado em Cuidados Paliativos, procurava aprofundar e complementar a minha experiência profissional obtida até então, de forma a estimular o pensamento reflexivo, melhorar o meu desempenho profissional enquanto trabalhava com doentes dentro deste foro. Por outro lado, procurava atualizar os conhecimentos possuídos e ao mesmo tempo adquirir novas técnicas de pesquisa. Se queremos sentir participantes inteiros no mundo, precisamos superar barreiras, ampliar a visão de quem somos, e tal como dizia Aristóteles, já nos 360 A.C.: “A razão da nossa vida somos nós próprios”.

Escolher o serviço do HL, foi para mim óbvio pela boa perspetiva e bom desempenho que esta equipa consegue transpor para o exterior, ganhando crédito e reputação extremamente positiva por quem assiste aos seus serviços. Por outro lado, na equipa dos Cuidados Paliativos de HL o Fisioterapeuta é elemento fixo e permanente, realidade que ainda não se presenteia em muitos outros locais.

Elegi também o SMPHF porque este fazer parte especial da história dos Cuidados Paliativos em Portugal, inicialmente como Unidade da Dor, e sendo pioneiro nas primeiras iniciativas deste tipo de cuidados especializados. Era por certo um local de raiz com interesse, e com características capazes de se salientar. Por outro lado, é localizado na minha região natal, pela qual me desperta perseverante orgulho.

O trabalho desenvolvido pelas equipas de cuidados paliativos do HL e do SMHF foram de encontro com os objetivos pretendidos, permitindo-me, por um lado a aquisição viva e participada de conhecimentos e, por outro, o desenvolvimento de normas de conduta clínica no âmbito dos cuidados paliativos, imprescindíveis há minha formação profissional e pessoal.

O facto de ao longo da minha reflexão ter apontado algumas lacunas num dos serviços onde estagiei, contrariamente ao que se possa supor, quero recomendá-lo como um local de estágio a considerar. Estranhamente, o Homem progride durante um ambiente de desafios, e convictos de que podemos sempre otimizar o nosso desempenho e a nossa realização profissional e pessoal, teremos a energia e entusiasmo para a construção de novas conceções a quem nos cerca. Assim, semeando exemplos inspiradores, perspetivámos uma mudança de paradigmas instalados, e inevitavelmente a ações que possam conduzir ao sucesso.

Afinal a morte faz parte da vida, é um acontecimento que todos temos de assistir. Talvez, seja esta a realidade que nos desperta ou nos obriga a tomar consciência dos nossos valores mais profundos, uma certeza que nos convida a criar, a pensar, a procurar um sentido á existência. Será por certo, um reconhecimento das nossas limitações humanas, pois acredito que na vida a luta principal não é com os outros ou com as adversidades, mas sim connosco e com os nossos limites.

O movimento consiste em reintroduzir a morte no nosso campo de consciência e de pensamento, e humaniza-la nas nossas instituições. Um número cada vez maior de profissionais de saúde e não só, procura desenvolver uma nova noção de cuidar em fim de vida.

A realização desta minha prática clínica superou as minhas expectativas. Para além de me ter facultado a aquisição de um vasto conjunto de experiências, permitiu-me conhecer outros ambientes, novos meios, distintos contextos de trabalho.

Paralelamente, o contacto com pessoas em fase de fim de vida veio reconhecer a importância das nossas relações com os outros, descobrir que é mais o que nos une do que o que nos separa, nomeadamente, a finitude humana.

Fortaleceu o meu interesse em encontrar formas eficazes de comunicarmos entre nós, pois ela é basilar na conjugação da relação doente/profissional de saúde. Em simultâneo, tive oportunidade de acompanhar profissionais que inspiram a transformação de atitudes exemplares que transmitem na sua atuação, e particularmente no campo da comunicação.

Este preceito foi de certa forma, o que mais me dificultou no início do estágio, pelo facto de me obrigar a interagir ativamente com vários elementos da equipa que ainda não conhecia, e a ultrapassar resistências e limitações pessoais. No final, esta dinâmica acabou por funcionar como o facilitador para expressar a minha motivação em cuidados paliativos, e o impulso para a minha mudança de atitudes no meu caminho de aprendizagem neste contexto.

Com o projeto de intervenção no meu local de trabalho, procurava a disseminação para as questões em torno da humanização dos cuidados de saúde junto de um grupo de profissionais que diariamente praticam ações paliativas. O certo é que hoje, no início do século XXI, este tipo de cuidados não está ainda suficientemente divulgado e acessível àqueles que deles requerem dos seus serviços. Só difundindo ideias poderemos combater estas concepções incorretas, e é esclarecendo alguns conceitos, estimulando a dignidade e do bem-estar de cada Homem que os tornaremos cada vez mais uma realidade.

Cada profissional, na sua área específica, sente a urgência da mudança na filosofia de vida e emprega-a com os meios que tem em mãos. Suponho que diversos clínicos demonstram inquietação diante o sofrimento dos seus pacientes e das suas respetivas famílias.

Com frequência lido com pessoas que são portadoras de doenças incuráveis e terminais, e apesar de não estarem, hipoteticamente, no fim da sua vida, têm de aprender a conviver com as suas dificuldades físicas, com o seu sofrimento, e sobretudo a saber usufruir os seus dias com a melhor qualidade. É com eles que tenho aprendido as maiores lições. São eles que me sensibilizam para uma veracidade de perturbações e me levam a meditar sobre as minhas atitudes. Não podemos nem

devemos considerar apenas o corpo doente, mas sim um ser com a sua história, com as suas crenças e valores ligadas ao seu eixo íntimo, e sobretudo misterioso.

Na realização deste relatório foram sentidas algumas dificuldades, nomeadamente na compreensão da própria disposição e desenvolvimento do pretendido. Dificuldades essas foram sendo ultrapassadas sobretudo pelo apoio dos meus orientadores. Muito marcado, foi para mim as complexidades a nível informático e tecnológico, que se tornou benéfico no final ao conferir-me capacidades acrescidas.

Esta minha fantástica experiência no Mestrado de Cuidados Paliativos reforçou o meu pressuposto em auxiliar o próximo, com a maior profissionalismo, serenidade e alegria que o meu conhecimento o permita, e de tal forma, engrandecer a minha espiritualidade a fim de estar capaz neste intento.

A dificuldade despertou-me a vontade de aprender, de evoluir e mudar!

Bibliografia

1. Walshe, C., G. Ewing, and J. Griffiths, *Using observation as a data collection method to help understand patient and professional roles and actions in palliative care settings*. *Palliat Med*, 2012. 26(8): p. 1048-54.
2. APCP-Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. *Recomendações para a Organização de serviços de Cuidados Paliativos*. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt>. Consultado em 2013.
3. Bolognesi, D., et al., *Palliative care training and research: the development in europe and the bologna experience*. *Indian J Palliat Care*, 2013. 19(1): p. 20-6.
4. Weiner, J.S., et al., *Manualized communication interventions to enhance palliative care research and training: rigorous, testable approaches*. *J Palliat Med*, 2006. 9(2): p. 371-81.
5. Goncalves, F., et al., *A Cross-Sectional Survey of the Activity of Palliative Care Teams in Portugal*. *Am J Hosp Palliat Care*, 2013.
6. Benner, P., *Creating a culture of safety and improvement: a key to reducing medical error*. *Am J Crit Care*, 2001. 10(4): p. 281-4.
7. Barbosa, A., Neto, I., *Manual de Cuidados Paliativos*. 2010, Lisboa: Fundação Calouste Gubenkian.
8. APCP-Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. *Critérios de Qualidade para unidades de Cuidados Paliativos*. APCP, 2006. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt>. Consultado em 2013.
9. Neto, A.B.I.G., *Manual de Cuidados Paliativos*. Março de 2010, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
10. Capelas, M.L.V., *Cuidados Paliativos: uma proposta para Portugal*. Vol. 2. 2009: Cadernos de Saúde. 51-57.
11. Doyle, D., *International Association for Hospice & Palliative Care. Getting Starter: Guidelines and suggestions for considering starting a Hospice/palliative Care Service*. 2009, IAHPC Press. Disponível em: <http://www.hospicecare.com/gs/books/start.htm>. Consultado em 2013
12. Bruera, E. and D. Hui, *Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care*. *J Clin Oncol*, 2010. 28(25): p. 4013-7.
13. Bruera, E. and C. Sweeney, *Palliative care models: international perspective*. *J Palliat Med*, 2002. 5(2): p. 319-27.
14. Internacional Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) "Hospice Palliative Care Fact Sheets" (edição em português); in www.hospicecare.com Consultado em 2013
15. Diário da República, s.N., *Lei de Bases dos Cuidados Paliativos*. 5 de setembro de 2012: p. 5119-5124.
16. Hospital da Luz. Disponível em: <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigold=67>. Consultado em 2013
17. Gómez-Batiste et al. Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. Arán Ediciones;2005
18. Stiel, S., et al., *[Validation of the new version of the minimal documentation system (MIDOS) for patients in palliative care : the German version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS)]*. *Schmerz*, 2010. 24(6): p. 596-604.

19. Claessens, P., et al., *Development and validation of a modified version of the Edmonton Symptom Assessment Scale in a Flemish palliative care population*. *Am J Hosp Palliat Care*, 2011. 28(7): p. 475-82.
20. Ozer, N., A. Yurttas, and R.C. Akyil, *Psychometric evaluation of the Turkish version of the Zarit Burden Interview in family caregivers of inpatients in medical and surgical clinics*. *J Transcult Nurs*, 2012. 23(1): p. 65-71.
21. Cheah, W.K., et al., *Multidimensionality of the Zarit Burden Interview across the severity spectrum of cognitive impairment: an Asian perspective*. *Int Psychogeriatr*, 2012. 24(11): p. 1846-54.
22. Balu, S., *Differences in psychometric properties, cut-off scores, and outcomes between the Barthel Index and Modified Rankin Scale in pharmacotherapy-based stroke trials: systematic literature review*. *Curr Med Res Opin*, 2009. 25(6): p. 1329-41.
23. Barathi, B. and P.S. Chandra, *Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time? - A Systematic Review*. *Indian J Palliat Care*, 2013. 19(1): p. 40-7.
24. Higgins, P.C. and H.G. Prigerson, *Caregiver Evaluation of the Quality of End-Of-Life Care (CEQUEL) Scale: The Caregiver's Perception of Patient Care Near Death*. *PLoS One*, 2013. 8(6): p. e66066.
25. Turriziani, A., et al., *Improving the quality of life of terminally ill oncological patients: the example of palliative care at Hospice Villa Speranza*. *Future Oncol*, 2013. 9(6): p. 771-6.
26. Watson, T., *The role of electrotherapy in contemporary physiotherapy practice*. *Man Ther*, 2000. 5(3): p. 132-41.
27. Kumar, S.P., *Cancer Pain: A Critical Review of Mechanism-based Classification and Physical Therapy Management in Palliative Care*. *Indian J Palliat Care*, 2011. 17(2): p. 116-26.
28. Kumar, S.P. and S. Saha, *Mechanism-based Classification of Pain for Physical Therapy Management in Palliative care: A Clinical Commentary*. *Indian J Palliat Care*, 2011. 17(1): p. 80-6.
29. Laakso, L., *The role of physiotherapy in palliative care*. *Aust Fam Physician*, 2006. 35(10): p. 781.
30. Fang, H.F., H.Y. Jhing, and C.C. Lin, *[Ethical issues in the practice of advance directives, living wills, and self-determination in end of life care]*. *Hu Li Za Zhi*, 2009. 56(1): p. 17-22.
31. Creutzfeldt, C.J., R.G. Holloway, and M. Walker, *Symptomatic and palliative care for stroke survivors*. *J Gen Intern Med*, 2012. 27(7): p. 853-60.
32. Shanks, R., *Physiotherapy in palliative care*. *Physiotherapy*, 1982. 68(12): p. 405-7.
33. Cobbe, S. and N. Kennedy, *Physical function in hospice patients and physiotherapy interventions: a profile of hospice physiotherapy*. *J Palliat Med*, 2012. 15(7): p. 760-7.
34. Dy, S.M. and D.R. Feldman, *Palliative care and rehabilitation for stroke survivors: managing symptoms and burden, maximizing function*. *J Gen Intern Med*, 2012. 27(7): p. 760-2.
35. Downing, R., *The role of physical medicine and rehabilitation for patients in palliative and hospice care*. *Vet Clin North Am Small Anim Pract*, 2011. 41(3): p. 591-608.
36. Buckman, R., *Communication skills in palliative care: a practical guide*. *Neurol Clin*, 2001. 19(4): p. 989-1004.
37. Redshaw, S., et al., *Community nurses' perceptions of providing bereavement care*. *Int J Nurs Pract*, 2013. 19(3): p. 344-50.

38. Brownhill, S., et al., *A decision model for community nurses providing bereavement care*. Br J Community Nurs, 2013. 18(3): p. 133-9.
39. Herber, O.R. and B.M. Johnston, *The role of healthcare support workers in providing palliative and end-of-life care in the community: a systematic literature review*. Health Soc Care Community, 2013. 21(3): p. 225-35.
40. SECPAL- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Guía de criterios de calidad en cuidados paliativos*. Madrid, SECPAL 2002
41. Enguidanos, S., et al., *Family members' perceptions of inpatient palliative care consult services: A qualitative study*. Palliat Med, 2013.
42. Robinson, J., M. Gott, and C. Ingleton, *Patient and family experiences of palliative care in hospital: What do we know? An integrative review*. Palliat Med, 2013.
43. Baudoin, D. and S. Krebs, *[Mobile team of palliative care in a department of neurology: value of two multidisciplinary and professional groups fruit of a joint distribution of the palliative approach and ethical support]*. Rev Neurol (Paris), 2013. 169(4): p. 335-44.
44. Parry, R.H. and V. Land, *Systematically reviewing and synthesizing evidence from conversation analytic and related discursive research to inform healthcare communication practice and policy: an illustrated guide*. BMC Med Res Methodol, 2013. 13: p. 69.
45. Fonseca, A., S. Pereira, and A.S. Carvalho, *Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study*. Int J Palliat Nurs, 2012. 18(8): p. 373-81.
46. Veqar, Z., *The perspectives on including palliative care in the Indian undergraduate physiotherapy curriculum*. J Clin Diagn Res, 2013. 7(4): p. 782-6.
47. Klinger, C.A., et al., *Barriers and facilitators to care for the terminally ill: A cross-country case comparison study of Canada, England, Germany, and the United States*. Palliat Med, 2013.
48. Carson, K. and S. McLlpatrick, *More than physical function? Exploring physiotherapists' experiences in delivering rehabilitation to patients requiring palliative care in the community setting*. J Palliat Care, 2013. 29(1): p. 36-44.
49. Nelson, L.A., F. Hasson, and W.G. Kernohan, *Exploring district nurses' reluctance to refer palliative care patients for physiotherapy*. Int J Palliat Nurs, 2012. 18(4): p. 163-4, 166-70.
50. Sanderson, I.C., et al., *Managing clinical research permissions electronically: A novel approach to enhancing recruitment and managing consents*. Clin Trials, 2013.
51. Stanetic, K. and G. Tesanovic, *Influence of age and length of service on the level of stress and burnout syndrome*. Med Pregl, 2013. 66(3-4): p. 153-62.
52. Westermann, C., et al., *Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review*. Int J Nurs Stud, 2012.
53. Ricou, B. and P. Merlani, *[Burnout in intensive care units]*. Rev Med Suisse, 2012. 8(366): p. 2400-2, 2404.
54. Teixeira, C., et al., *Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses*. J Med Ethics, 2013.
55. Pereira, S.M., A.M. Fonseca, and A.S. Carvalho, *Burnout in palliative care: a systematic review*. Nurs Ethics, 2011. 18(3): p. 317-26.

56. Edwards, A., et al., *The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research*. Palliat Med, 2010. 24(8): p. 753-70.
57. Nelson-Becker, H., *Spirituality in End-of-Life and Palliative Care: What Matters?* J Soc Work End Life Palliat Care, 2013. 9(2-3): p. 112-6.
58. Merlin, J.S., J. Childers, and R.M. Arnold, *Chronic Pain in the Outpatient Palliative Care Clinic*. Am J Hosp Palliat Care, 2012.
59. Goncalves, F., et al., *A cross-sectional survey of pain in palliative care in Portugal*. Support Care Cancer, 2013. 21(7): p. 2033-9.
60. Smith, B.H., J.L. Hopton, and W.A. Chambers, *Chronic pain in primary care*. Fam Pract, 1999. 16(5): p. 475-82.
61. Vellucci, R., *Heterogeneity of chronic pain*. Clin Drug Investig, 2012. 32 Suppl 1: p. 3-10.
62. Newham DJ, R.K., Williams JE., *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) vs. electroanalgesia for chronic pain associated with breast cancer treatments*. J Pain Symptom Manage, 2007. 33: p. 410-419.
63. Eggenberger, E., K. Heimerl, and M.I. Bennett, *Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings*. Int Psychogeriatr, 2012: p. 1-14.
64. Spear, M.L., et al., *The Use of Role Play for Interdisciplinary Teaching of Palliative Care Communication Skills*. J Palliat Med, 2013.
65. Pacca JL et al., *Corrente elétrica e circuito elétrico: algumas concepções do senso comum*. Cad Bras Ens Fis, 2003. 20(2): 151-67
66. Tribioli RA., Carvalho DC., Rosim GC., *Non-pharmacological treatments in the stimulation of osteogenesis*. Revista Saúde Publica, 2003. 36(5): 647-54
67. Johnson M, M Martinson., *Effectiveness of electrical nerve stimulation for chronic musculoskeletal pain: fuchs-analysis of randomized controlled trials*. J DOR, 2007. 130 (1-2); 157-165.
68. Magalhães, L., Faria K, França, L., *TENS Estimulação Elétrica Transcutânea*, 2009. Obtido de: <http://rtufvjm.blogspot.com/2009/06/tens-estimulcaoelétrica-transcutanea.html>
69. Kitchen S., Bazin S., *Eletroterapia: prática baseada em evidências*. 11^a ed., 2003. São Paulo: Mnole
70. Johnson MI., *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)*. In: editor Watson t. *electrotherapy, evidenced-based practice*. Edimburg: Churchill Livingstone, 2008. p. 253-296
71. Hurlow A, Bennett MI, Robb KA, Johnson MI, et al., *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for cancer pain in adults*. Cochrane Database Syst Rev., 2012. 14; 3: CD006276.
72. Fishie J, J Thompson., *Acupuncture and TENS*. In: Simpson KH, Budd editor *K cancer pain management, a comprehensive approach*. Oxford University Press, 2000. p.188-223
73. Berkovitch M, A Waller., *Treat the pain with electrical nerve stimulation transcutanea (TENS) in:* Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman editor *Koxford textbook Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2005. p. 405-410
74. Liebano RE., Ablá LE, Ferreira LM., *Effect of high frequency transcutaneous electrical nerve stimulation on viability of random skin flap in rats*, 2006. 21(3):133-8.

75. Djurovic A., Zivotić-Vanović M., Popović D., *The effects of pulsed low frequency magnetic field in early rehabilitation of patients with cementless total hip arthroplasty*. *Srp Arh Celok Lek*, 2007. 134(9-10):414-9
76. Tashani O., Johnson M., *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) A Possible Aid for Pain Relief*, 2009
77. Simpson K., *Philosophy of management of cancer pain*. In: Simpson KH, Budd editor *Cancer pain management, a comprehensive approach*. Oxford University Press, 2000. P.1-6
78. Carroll D, Tramer M, McQuay H, et al., *Randomization is important in studies with pain outcomes: systematic review of transcutaneous electrical nerve stimulation in acute post-operative pain*. *British Journal of Anaesthesia*, 1996. 77:798-803
79. Searle RD, Bennett MI, Johnson MI. et al., *Electrical nerve stimulation transcutaneous (TENS) to bone cancer pain*. *J Pain Symptom Manage*, 2009. 37 (3); 424- 428
80. Bennett MI, Johnson MI, Brown SR, et al., *Feasibility of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for cancer bone pain*. *J Pain*, 2010. 11 (4); 351-9.
81. Robb KA, Bennett MI, Johnson MI, et al., *Electrical nerve stimulation transcutaneous (TENS) for cancer pain in adults*. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2012. 3; CD006276.
82. Robb KA, Newham DJ, Williams JE., *Transcutaneous electrical nerve stimulation vs. transcutaneous spinal electroanalgesia for chronic pain associated with breast cancer treatments*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007. 33(4): 410-9.
83. Holen JC, Lydersen S, Klepstad P, et al., *The Brief Pain Inventory: pain's interference with functions is different in cancer pain compared with noncancer chronic pain*. *Clin J Pain.*, 2008. 24(3):219-25.
84. Fayers PM, Hjermstad MJ, Klepstad P, et al., *The dimensionality of pain: palliative care and chronic pain patients differ in their reports of pain intensity and pain interference*. *J Pain*, 2011. 152 (7); 1608-20
85. Morrison, R.S. and D.E. Meier, *The National Palliative Care Research Center and the Center to Advance Palliative Care: a partnership to improve care for persons with serious illness and their families*. *J Pediatr Hematol Oncol*, 2011. 33 Suppl 2: p. S126-31.
86. Lockett, T., et al., *Assessment and Management of Adult Cancer Pain: A Systematic Review and Synthesis of Recent Qualitative Studies Aimed at Developing Insights for Managing Barriers and Optimizing Facilitators Within a Comprehensive Framework of Patient Care*. *J Pain Symptom Manage*, 2012.
87. Glajchen, M., *Chronic pain: treatment barriers and strategies for clinical practice*. *J Am Board Fam Pract*, 2001. 14(3): p. 211-8.
88. Lonsdale, C., et al., *Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods*. *BMC Musculoskelet Disord*, 2012. 13: p. 104.
89. Stephens, J.L., et al., *Improving the validity and reliability of a health promotion survey for physical therapists*. *Cardiopulm Phys Ther J*, 2013. 24(1): p. 14-23.
90. Fell, D.W., J.F. Burnham, and J.M. Dockery, *Determining where physical therapists get information to support clinical practice decisions*. *Health Info Libr J*, 2013. 30(1): p. 35-48.

91. Crowell, M.S., et al., *Integration of critically appraised topics into evidence-based physical therapist practice*. J Orthop Sports Phys Ther, 2012. 42(10): p. 870-9.
81. Austin, T.M., R.R. Richter, and T. Frese, *Using a partnership between academic faculty and a physical therapist liaison to develop a framework for an evidence-based journal club: a discussion*. Physiother Res Int, 2009. 14(4): p. 213-23.
82. Bury, T.J. and E.K. Stokes, *A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: implications for the profession*. Phys Ther, 2013. 93(4): p. 449-59.
83. Maddocks, M., et al., *Neuromuscular electrical stimulation for muscle weakness in adults with advanced disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2013. 1: p. CD009419.
84. Phillips, S.M., *Physiologic and molecular bases of muscle hypertrophy and atrophy: impact of resistance exercise on human skeletal muscle (protein and exercise dose effects)*. Appl Physiol Nutr Metab, 2009. 34(3): p. 403-10.
85. McCarthy, M., J. Addington-Hall, and D. Altmann, *The experience of dying with dementia: a retrospective study*. Int J Geriatr Psychiatry, 1997. 12(3): p. 404-9.
86. Shega, J.W., et al., *Patients dying with dementia: experience at the end of life and impact of hospice care*. J Pain Symptom Manage, 2008. 35(5): p. 499-507.
87. Bonnery, A.M., M. Marzais, and P. Michot, *[Promoting communication with the elderly patient with dementia]*. Rev Infirm, 1998(36): p. 8-15.
88. Perry, J., et al., *Nurse-patient communication in dementia: improving the odds*. J Gerontol Nurs, 2005. 31(4): p. 43-52.
89. Fallowfield, L., et al., *Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial*. Lancet, 2002. 359(9307): p. 650-6.
90. Laurenco, R., *Nutritional cerebellar degeneration, with comments on its relationship to Wernicke disease and alcoholism*. Handb Clin Neurol, 2012. 103: p. 175-87.
91. Granacher, U., et al., *The importance of trunk muscle strength for balance, functional performance, and fall prevention in seniors: a systematic review*. Sports Med, 2013. 43(7): p. 627-41.
92. Porciuncula, F., C.C. Johnson, and L.B. Glickman, *The effect of vestibular rehabilitation on adults with bilateral vestibular hypofunction: a systematic review*. J Vestib Res, 2012. 22(5-6): p. 283-98.
93. Valancogne, G., *[Pelvic floor rehabilitation in female urinary incontinence: How does it work?]*. Prog Urol, 2013. 23(8): p. 489-90.
94. Deffieux, X., et al., *[Pelvic floor rehabilitation for female urinary incontinence: Mechanisms of action]*. Prog Urol, 2013. 23(8): p. 491-501.
95. Liao, S.F., S.H. Li, and H.Y. Huang, *The efficacy of complex decongestive physiotherapy (CDP) and predictive factors of response to CDP in lower limb lymphedema (LLL) after pelvic cancer treatment*. Gynecol Oncol, 2012. 125(3): p. 712-5.
96. Vignes, S., V. Boursier, and P. Trevidic, *[Interest of cutaneous resection after reduction of volume by decongestive physiotherapy in huge primary lymphedema of lower limb]*. J Mal Vasc, 2005. 30(3): p. 181-5.
97. Schmidt, E., L. Gramm, and E. Farin, *[Communication preferences of patients with chronic back pain in medical rehabilitation]*. Schmerz, 2012. 26(1): p. 69-76.

98. Effiong, A. and A.I. Effiong, *Palliative care for the management of chronic illness: a systematic review study protocol*. BMJ Open, 2012. 2(3).
99. Carlson, M.D., B. Lim, and D.E. Meier, *Strategies and innovative models for delivering palliative care in nursing homes*. J Am Med Dir Assoc, 2011. 12(2): p. 91-8.
100. Brereton, L., et al., *The hospital environment for end of life care of older adults and their families: an integrative review*. J Adv Nurs, 2012. 68(5): p. 981-93.
101. Fawole, O.A., et al., *A Systematic Review of Communication Quality Improvement Interventions for Patients with Advanced and Serious Illness*. J Gen Intern Med, 2012.
102. Rice, T.R., et al., *The Importance of Patient-Provider Communication in End-of-Life Care*. J Bioeth Inq, 2012. 9(4): p. 439-41.
103. Fife, T.D., *Anxiety in a dizzy patient: the importance of communication in improving outcome*. Continuum (Minneap Minn), 2012. 18(5 Neuro-otology): p. 1163-6.
104. Beller, G.A., *Importance of physician-patient communication in cardiovascular care*. J Nucl Cardiol, 2012. 19(6): p. 1099-101.
105. Mast, M.S., *On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction*. Patient Educ Couns, 2007. 67(3): p. 315-8.
106. von Gunten, C.F., *Secondary and tertiary palliative care in US hospitals*. JAMA, 2002. 287(7): p. 875-81.

Anexos

Anexo I - Escala de ESAS (Escala da Avaliação de Sintomas de Edmonton)

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Por favor circule o número que descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento (ou a média nas últimas 24 horas).

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	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo II - Índice de Karnofsky

Índice de Karnofsky

Apto para atividades normais e trabalho; Nenhum cuidado especial é necessário.	100	Normal; nenhuma queixa; nenhuma evidência de doença
	90	9 Capacitado para atividades normais. Pequenos sinais e sintomas
	80	8 Atividade normal com esforço. Alguns sinais e sintomas de doença.
Inapto para o trabalho; Apto para viver em casa e cuidar de muitas de suas necessidades. As quantidades de assistência e suporte necessários são bastante variáveis.	70	7 Cuidados para si, incapaz para seguir com atividades normais ou trabalho ativo.
	60	6 Requer ajuda ocasional, porém apto a cuidar de muitas de suas necessidades pessoais.
	50	5 Requer ajuda considerável e frequente assistência médica ou especializada.
Inapto para cuidar de si mesmo; Requer cuidados hospitalares ou equivalentes especializados; Doença pode estar progredindo rapidamente.	40	4 Incapacitado Requer cuidado especial e assistência.
	30	3 Severamente incapacitado; Admissão hospitalar é indicada, mas a morte não é iminente.
	20	2 Muito doente; Admissão hospitalar é necessária, necessitando de terapia e cuidados intensivos.
	10	1 Moribundo; Processo de fatalidade progredindo rapidamente.
	0	0 Morte

Anexo III - The Zarit Burden Interview

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 afetada 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 IV- Escala de Barthel

Índice de Barthel

Alimentar-se	0=Incapaz 1=Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga 2=Independente (a comida é providenciada)
Tomar banho	0=Dependente 1=Independente (ou no chuveiro)
Higiene pessoal	0=Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 1=Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
Ir a casa de banho	0= Dependente 1=Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 2= Independente
Evacuar	0=Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema) 1=Acidente ocasional (uma vez por semana) 2=Continente
Urinar	0= Incontinente ou algaliado e incapacitado para o fazer 1= Acidente ocasional (máximo uma vez em 24 horas) 2= Continente (por mais de 7 dias)
Deslocações	0=Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 1=Grande ajuda física (uma ou duas pessoas) mas consegue sentar-se 2=Pequena ajuda 3=Independente
Mobilidade	0=Imobilizado 1=Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, tec 2=Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 3=Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)
Vestir	0=Dependente 1=Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 2=Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
Escadas	0=Incapaz 1=Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando) 2=Independente para subir e descer

Classificação:

0-04-Muito Grave

05-09-Grave

10-14- Moderado

15-19-Ligeiro

20-Independente

Anexo V - Escala de Morse

Escala de Morse

História de queda (desde à 3 meses)	0= Não 25 = Sim
Diagnóstico Secundário	0= Não 15 = Sim
Ajuda para Deambular	0= Nenhuma, acamada, cadeira de rodas 15= Muletas, bengala, andarilho 30= Apoia-se na mobília
Medicação EV/heparina	0= Não 20 = Sim
Modo de andar/transferência	0= Normal, acamado 10= Fraco 20= Prejudicado
Estado mental	0= Orientado para a própria capacidade 20 = Esquece as limitações.

Sem risco	0-24
Risco baixo	25-50
Alto risco	>51

Anexo VI - Escala de Braden

Escala de Braden para Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão

<p>Perceção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto</p>	<p>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.</p>	<p>2.Muito limitada: Reage unicamente a estímulos doloroso. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3.Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1ou2 extremidades.</p>	<p>4.Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto</p>
<p>Humidade Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p>1.Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, tec. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2.Pele muito húmida: A pele está frequentemente mas nem sempre húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3.Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4.Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
<p>Atividade Nível de atividade física</p>	<p>1.Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1.Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2.Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas, sozinho.</p>	<p>3.Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4.Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
<p>Nutrição Alimentação habitual</p>	<p>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, lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um</p>	<p>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 lacticínios.</p>	<p>3.Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toam geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,</p>	<p>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 suplemento.</p>

	<p>suplemento dietético líquido OU Está em jejum e/ou dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>Ocasionalmente toma suplemento dietético OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	
Fricção e forças de deslizamento	<p>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, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>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.</p>	<p>3.Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantem uma correta posição na cama ou cadeira.</p>	
Pontuação Total				

Nota: Baixo Risco (≥ 17); Alto Risco (≤ 16)

Anexo VII - Certificado de Competências Pedagógicas



INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, IP

Entidade certificadora competente ao abrigo da Portaria n.º 214/2011, de 30 de Maio

Certificado de Competências Pedagógicas

Certifica-se que ELISA MARIA GONÇALVES FERREIRA, natural de Fundão, nascido(a) em 29-08-1970, titular do cartão cidadão n.º 09031835, válido até 24-06-2013, possui competências pedagógicas para exercer a atividade de FORMADOR (M/F).

COIMBRA, 19 de Fevereiro de 2013

O Delegado Regional

Pedro Miguel Amaro

Certificado n.º **F602978/2013**

Validação digital de acordo com a Portaria n.º 214/2011, de 30 de Maio
Pode ser consultado no portal <http://nefforce.iefp.pt>



Curso: Formação Pedagógica Inicial de Formadores à distância

Concluído com **Aproveitamento EXCELENTE**

em 30-01-2013

"Competências-chave adquiridas":

O presente programa foi concebido com vista a contribuir para que, no final da formação, os futuros formadores, sejam capazes de:

- 1.1. Caracterizar os contextos/sistemas da Formação Profissional em Portugal;
- 1.2. Distinguir as competências exigíveis ao formador em função dos sistemas em que intervém;
- 1.3. Adotar uma perspetiva de autoavaliação relativamente à sua prática.
- 2.1. Planificar unidades de formação tendo como ponto de partida as orientações e procedimentos do plano de formação instrumento de gestão de uma organização;
- 2.2. Formular adequadamente os objetivos pedagógicos que irão orientar a atividade formativa;
- 2.3. Conceber e aplicar uma metodologia adequada aos objetivos, aos públicos-alvo e ao contexto de formação;
- 2.4. Desenvolver um dispositivo de avaliação das aprendizagens útil à sua prática pedagógica e como parte integrante de um sistema interativo de avaliação da formação;
- 2.5. Utilizar e conceber de forma adequada os recursos didáticos e multimédia na formação, em suportes diversificados em função da estratégia pedagógica adotada;
- 2.6. Adequar o processo de aprendizagem à especificidade do indivíduo adulto;
- 2.7. Desenvolver uma relação pedagógica eficaz e produtiva em função do grupo de formação.
- 3.1. Desenvolver uma análise construtiva que possa contribuir para a melhoria dos sistemas de formação, ao nível técnico-pedagógico e/ou organizacional.

Estrutura Curricular:

	Total de Horas 90,00
MÓDULO 1. FORMADOR: SISTEMA	10,00
MÓDULO 2. SIMULAÇÃO PEDAGÓGICA INICIAL	10,00
MÓDULO 6. RECURSOS DIDÁTICOS E MULTIMÉDIA	10,00
MÓDULO 7. PLATAFORMAS COLABORATIVAS DE APRENDIZAGEM	10,00
MÓDULO 3. COMUNICAÇÃO E DINAMIZAÇÃO DE GRUPOS EM FORMAÇÃO	10,00
MÓDULO 4. METODOLOGIAS E ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS	10,00
MÓDULO 5. OPERACIONALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO: DO PLANO À ACÇÃO	10,00
MÓDULO 8. AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E DAS APRENDIZAGENS	10,00
MÓDULO 9. SIMULAÇÃO PEDAGÓGICA FINAL	10,00

Entidade Formadora - PSICO E SOMA, LDA

MIGUEL BOMBARDA, VISEU

formacao@psicosoma.pt

Os dados constantes deste certificado são da responsabilidade da entidade formadora

Impresso em 19-02-2013

Anexo VIII - Declaração de Experiencia Formativa



DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA FORMATIVA

Identificação da Entidade

Denominação Social: COMPETIR – Formação e Serviços, SA.

NIPC: 502946679

Endereço: Av. de Espanha, Lote 7 nº17, R/CH Dt.º

Localidade: Castelo Branco Código Postal: 6000 - 078

Telefone: 272 321 391 Fax: 272 321 391

Declara-se que **Elisa Maria Gonçalves Ferreira**, portadora do Numero de Identificação. Nº 9031835, valido até __/__/__, Licenciada em Fisioterapia, exerceu funções como formadora na **Competir - Formação e Serviços, SA.**, representada por António Manuel Dias Lourenço, de acordo com o que a seguir se descreve:

Curso	Nº de Horas	Ano	Data de Início	Data de Conclusão	Nível
Comunicação na interação do cuidado no doente.	25H	2013	13-05-2013	31-05-2013	III

Castelo Branco, 12 de Junho de 2013


COMPETIR
 Formação e Serviços, S.A.
 NIPC: 502946679
 Av. de Espanha, Lt. 7 - N.º 17 R/CH Dt.º
 6000-078 Castelo Branco
 (Técnica de Formação)

Apêndices

Apêndice I - Folha de síntese de conteúdos para a formação



A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos.

Charles Chaplin

Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco



COMUNICAÇÃO NA INTERAÇÃO DO CUIDADO NO UTENTE

Maio 2013



Enquadramento

A comunicação é um elemento fundamental na relação humana e um componente essencial ao cuidado. Por esta razão comunicar eficazmente constitui uma necessidade básica na atenção ao doente/família em cuidados básicos de saúde.

Devido à grande proximidade entre utente e ajudante de lar, criam-se elos que favorecem a confiança.

O "saber estar", "saber ouvir" e o "saber sentir", mostram-se instrumentos essenciais no cuidar do doente...Saberes que se propõem evidenciar ao longo da formação.

Destinatários: Ajudantes de lar

Data: Mês de Maio

Tempo de Formação: 25 horas

Local: Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco

Horário: 16--19 horas

FORMADORA: Elisa Ferreira, aluna do 1º Mestrado de Cuidados Paliativos, da ESALD



Objetivos

- Reconhecer alguns aspetos do envelhecimento da população.
- Descrever as características do Agente em Geriatria.
- Descrever os processos de comunicação e observação
- Prestar cuidados que proporcionem conforto e qualidade de vida à pessoa idosa



Outras informações:

elisaferrerafisio@gmail.com

Apêndice II- Poster



**FORMAÇÃO BÁSICA EM SERVIÇO**
Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco

**COMUNICAÇÃO
NA INTERAÇÃO
DO CUIDADO
COM O DOENTE**

Destinatários: Ajudantes de lar e centro de dia e apoio domiciliár

Data: Mês de Maio

Tempo de Formação: 25 horas

Local: Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco

Horário: 16.30—19.30 horas

FORMADORA: Elisa Ferreira, aluna do 1º Mestrado de Cuidados Paliativos, da ESALD



Apêndice III - Diapositivos principais da formação

Comunicação na interação do cuidado ao doente

2

Objetivos

O formando, no final da formação, deve saber:

- Identificar as patologias que conduzem à hospitalização da pessoa idosa.
- Detetar precocemente sinais de alteração ou equilíbrio biopsicossocial da pessoa idosa
- Adquirir conhecimentos sobre a situação do doente terminal no hospital
- Identificar consequências psicológicas e sociais da hospitalização da pessoa idosa.
- Promover a autonomia da pessoa idosa
- Conhecer, compreender e aplicar os valores e princípios de uma comunicação eficaz.
- Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos inerentes aos cuidados ao doente.

Elisa Ferreira - "Comunicação na interação do cuidado ao doente"

3 Sumário da 1 sessão

- Recepção e apresentação dos formandos e formador.
- Enquadramento do tema nos cuidados com o papel das ajudante de lar, centro de dia e apoio domiciliar
- Autorreflexão de dependência/incapacidade/fim de vida.
- Conceito de cuidar
- Patologias da pessoa idosa

Elisa Ferreira - "Comunicação na interação do cuidado ao doente"

4



Apresentação

Elisa Ferreira - "Comunicação na interação do cuidado ao doente"

5 O que são os cuidados Paliativos?



Elisa Ferreira - "Comunicação na interação do cuidado ao doente"

6

Cuidados Paliativos

- Definem-se como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na **tentativa de prevenir o sofrimento** que ela gera e de proporcionar a **máxima qualidade de vida** possível a estes **doentes** e suas **famílias**.

Elisa Ferreira - "Comunicação na interação do cuidado ao doente"

Cuidados Paliativos

7

- Afirmando a vida e aceitando a morte como processo natural
- Objetivo no bem estar e qualidade de vida do doente
- Abordagem global – física, psicológica, social e espiritual
- Importa as necessidades do doente
- Inclui a família no processo
- **Equipa multidisciplinar**

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

Equipa Multidisciplinar em Contexto Lar

8

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

9

➤ Devido á grande proximidade entre utente e ajudante de lar, criam-se elos, que favorecem a confiança; o "saber estar", o "saber ouvir" e o "saber sentir", mostram-se instrumentos essenciais no cuidar do utente...

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

Envelhecimento da população

10

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

Papel da ajudante lar

11

- ✓ Cuidados de conforto
- ✓ Acompanhamento
- ✓ Cuidados de higiene
- ✓ Apoio nas relações

Relação de ajuda

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

Conceito de cuidar o doente?

12

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

Reflexão

1- Qual a importância pensa ter para quem cuidam?

2- Que relevância dá aos doentes que cuidam?

3- Que valor dá à sua vida/morte

Elis Ferreira - "Comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

Assumindo que...

- Morrer é normal
- Morrer é seguro
- Morrer acaba bem



Elis Ferreira - "Comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

Sumário da 2ª sessão

- EQUILIBRIO BIOPSISSOCIAL DA PESSOA IDOSA
- A PESSOA IDOSA PORTADORA DE DOENÇA CRÓNICA
 - Sinais e sintomas
 - Sinais de descompressão
 - Agudização da doença

Elis Ferreira - "Comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

Resumo da 1 sessão

Áreas- chave dos Cuidados Paliativos:

- Controlo de sintomas
- Comunicação adequada
- Apoio à família
- Trabalho em equipa

Elis Ferreira - "Comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

Objetivos dos Cuidados Paliativos:

- Prevenir e tratar sintomas indesejáveis
- Reduzir o sofrimento através da abordagem global
- Promover qualidade de vida e dignidade
- Aceitar a morte

Elis Ferreira - "Comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

No controlo dos sintomas temos que ter atenção:

- Localização/duração
- Qualidade (por exemplo, tipo de dor)
- Intensidade (usar comparações)
- Impacto nas AVDs e no sono
- Perceção que o doente tem da causa
- Terapêutica em curso e doses

Elis Ferreira - "Comunicação na intervenção do cuidado ao doente"



20

DOR ≠ SOFRIMENTO

Há a necessidade de uma personalização dos cuidados, que atenda a pessoa como um todo

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

21

▪ **NOTA:** o sofrimento humano é uma realidade **complexa e única** para cada indivíduo. Depende dos seus valores, das suas vivências, das suas crenças, dos seus recursos...

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

- 22
- Psicológico**
- Preocupação com tudo
 - Dificuldade de resolução de problemas
 - Deficit de memória
 - Deficit de concentração
 - Insônia
 - Humor variável
 - Ideias de suicídio
- Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

- 23
- Social**
- Isolamento
 - Culpa pela dependência
 - Preocupação com o futuro
 - Problemas económicos e laborais
 - Problemas com cónjuge/sexuais
 - Problemas com os profissionais
 - Problemas de comunicação
- Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

- 24
- Espiritual**
- Vida sem sentido
 - Não realização
 - Diminuição da confiança e transparência
 - Desarmonia consigo e com os outros
 - Conflito existencial
- Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

25

Físico

- Dor
- Perda de energia
- Limitações funcionais
- Descontrolo de sintomas (náuseas, vômitos, dispneia, tosse, obstipação, fadiga, disfagia/dificuldade em engolir...)

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

26

Questões:

- **O sofrimento está relacionado com pensamentos sobre o futuro?**

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

27

Questões:

- **O sofrimento resulta de perdas que ameaçam o sentimento de si como pessoa total?**

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

28

Exercício em grupo

- Um senhor de 85 anos, viúvo, com embolia pulmonar, e dependente numa cadeira de rodas, está internado num lar à 6 anos. Recentemente, piorou os seus sintomas, mas está controlado.
- Só tem um filho que mora a 200 kms, as visitas são raras, mas telefona-lhe quase diariamente.
- Tem andado mais calado que o habitual, olhar vago, e pouco interessado ao que o rodeia.
- Durante as higiènes, desabafa com uma auxiliar que " Porque?, A vida tem algum sentido?, porque é que tenho de sofrer?..."
- A auxiliar apercebe-se que o doente está a passar por um sofrimento....

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

29

- Que perguntas faria para tentar encontrar a razão do sofrimento deste utente?
- Que podia fazer para ajudar este utente?

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

30

Exemplos:

- Porque diz isso?
- Quem foram as pessoas mais importantes da sua vida?
- Lembra-se de alguma experiência que foi muito especial?
- Como gostava que as pessoas se recordassem de si?
- O que é que aprendeu na vida que gostasse de passar aos outros?
- Qual ou quais as qualidades/ características que os outros diziam que tinha?
- O que é que ainda gostava mais de fazer?

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

31

Que atividades ou tarefas propõem que acham que podem ajudar a minimizar a pessoa em sofrimento social, espiritual e psicológico?

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

32

Exemplos:

- Pesquisar qual a profissão ou atividade lúdica preferida do utente e tentar reproduzi-la perante a realidade.
- Cuidar de plantas
- Rezar, ir á missa
- Ver álbum de fotos de família e reviver episódios

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

33



Comunicação
????

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

34

Comunicação?

- O que se entende por comunicar???
- O que é comunicar???????

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

35

Comunicar

- Dividir alguma coisa com alguém
- Partilhar alguma coisa com alguém
- Trocar ideias, sentimentos e experiências entre as pessoas que conhecem o significado do que se diz.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

36

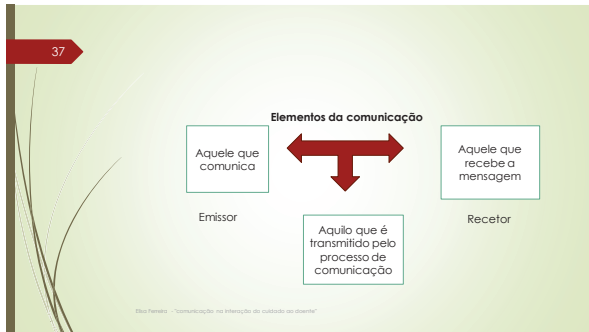


CONDIÇÃO IMPRESCINDÍVEL PARA VIVERMOS

O SER HUMANO NÃO CONSEGUE VIVER SOZINHO

TEMOS DE COMUNICAR UNS COM OS OUTROS

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"



38

Em termos genéricos:

Comunicação é um processo **dinâmico, complexo** e **permanente** através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens com o fim de compreender e serem compreendidos pelos outros.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

39

- A comunicação estabelecida pelos profissionais, cuidadores de pessoas doentes nem sempre é a mais correta.
- Vários fatores contribuem como obstáculo à comunicação eficaz....

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

40

Barreiras á comunicação

- Todos nós, já por várias vezes, fomos confrontados com mal entendidos, acabando por entender um significado diferente daquilo que nos queriam transmitir...
- Ouvimos o que o outro não disse, ou então o outro percebe aquilo que não dissemos....

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

41

Barreiras á comunicação

- A COMPLEXIDADE DA MENSAGEM
- PAPEIS DESEMPENHADOS DE CADA ELEMENTO DA COMUNICAÇÃO
- QUADRO DE REFERÊNCIAS (VIVÊNCIAS, VALORES, CRENÇAS)
- RÚIDO
- DESMOTIVAÇÃO
- PERSONALIDADE
- ESTADO DE SAÚDE (FADIGA, DIMINUIÇÃO DA CONCENTRAÇÃO)

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

42

Obstáculos á comunicação

- **Desencontro:**

Os gestos podem gerar desencontros.

A utilização de **termos técnicos** ou **gírias** podem provocar divergências no entendimento da mensagem.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

43

Obstáculos á comunicação

- **Generalização:**

Estamos habituados a tomar parte pelo um todo, que podemos vulgarizar a mensagem...temos grandes possibilidades de comunicar "inverdades"

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cotidiano ao docente"

44

- **Extremismo**

Muitas das vezes ideias e opiniões polémicas, geram críticas e discordâncias. Quando nos envolvemos em discursões extremadas, na maioria das vezes não haverá mais boa vontade para um entendimento efetivo.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cotidiano ao docente"

45

- **Desatenção:**

A falta de atenção para com o nosso interlocutor faz-nos passar por mal-educados

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cotidiano ao docente"

46

- **Prepotência:**

O prepotente, é muitas das vezes aquele que, reconhecendo as suas deficiências, sente medo.
Para se proteger, ou nada aceita ou procura calar os outros utilizando a sua autoridade ou até a força física.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cotidiano ao docente"

47

Tipos de Comunicação



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cotidiano ao docente"

48

Comunicação Verbal

- **Comunicação Oral:** são as ordens, pedidos, conversas, debates, discursões,
- **Comunicação Escrita:** são as cartas, telegramas, bilhetinhos, letreiros, cartazes, livros, folhetos, jornais, revistas...

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cotidiano ao docente"

49

Comunicação verbal

- SIMPLES: Adaptável às condições e reações do doente e breve
- CLARA: Adaptada às circunstâncias e apropriada ao tempo

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

50

Comunicação Não- Verbal

Ocorre a troca de sinais: olhar, gesto, postura, mímica

- **Comunicação por mímica:** gestos das mãos, do corpo, da face, as caretas
- **Comunicação pelo olhar:** as pessoas costumam-se entender pelo olhar
- **Comunicação pela postura:** O modo como nos sentamos, o corpo inclinado para trás ou para frente, a posição dos pés.
- **Comunicação por gestos:** pode ser voluntária, como um beijo ou um cumprimento. Ou involuntária, mãos que não param de mexer é sinal de nervosismo.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

51

REFLEXÃO 1

- PODE-SE TREINAR A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL?

COMO?

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

52

Comunicação não-verbal



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

53



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

54

Competências básicas da comunicação com pessoas fragilizadas

- ESCUTA ATIVA
- COMPREENÇÃO EMPÁTICA
- FEEDBACK

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

ESCUTA PASSIVA

55

Procurar e "explorar" sentimentos, valores, crenças e atitudes menos visíveis

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

Estratégias de comunicação

56

- Desejar estar em relação com o doente
- Escolha o local (calmo, informal, com privacidade)
- Respeite a distância confortável
- Sente-se
- Adote uma linguagem corporal positiva
- Dê atenção à linguagem não verbal
- Toque no outro (se este o permitir)
- Deixe o outro falar (use questões abertas...e então?...Hum, Hum...)
- Seja honesto
- Respeite o silêncio

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

AS VANTAGENS DE COMUNICAR (BEM)

57

- Colhe-se mais e melhor informação
- Doente percebe melhor o que se quer transmitir
- Cumpre melhor as nossas recomendações

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

RELAÇÃO EMISSOR/RECETOR

58

Relações difíceis
Relação de poder ou controlo
Falta de tempo e/ ou espaço



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

Obstáculos à transmissão de más notícias

59

- Medo de ser culpabilizado
- Medo do desconhecido
- Medo de desencadear reação
- Medo de expressar emoções
- Medo pessoal da doença e da morte
- Aceitar a responsabilidade do perdão
- Exercer controlo sobre a informação
- Proteção do doente

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

REFLEXÃO 2

60

- IMAGINEM QUE SÃO POTADORES DE UMA MÁ NOTICIA....
- QUE PREOCUPAÇÕES ASSUMIRIAM PARA DAR ESSA NOTICIA.

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

61 Ou seja...

1º Passo:

- quem deve informar?
- quando se deve informar?
- onde informar?
- como informar?

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

62

2º passo:

o que o doente sabe da sua doença

"o que lhe disseram os médicos?"

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

63

3º passo:

o que o doente deseja saber

"parece-me preocupado..."

"o que lhe faz pensar que vai morrer dentro de pouco tempo?..."

"quer conversar sobre isso?..."

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

64

4º passo:

Compartilhar informação

5º passo:

Responder às emoções do doente

6º passo:

Organizar e planificar

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

65 "Dar uma má notícia"

- Conseguir o ambiente correto
- Descobrir o que o doente já sabe
- Partilhar o que o doente quer saber
- Partilhar a informação
- Responder às reações do doente
- No fim, planear e acompanhar

(protocolo de Buckman)

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

66

Qualquer estratégia adotada para se conseguir uma comunicação eficaz deve ter em conta que **cada doente é único**, com é única cada situação e o momento que o vive.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"



68

PATOLOGIAS NEUROLÓGICAS CRÓNICAS

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"



70

O que é a doença de Parkinson?

- É uma doença neurológica **progressiva** cujos principais sintomas são resultantes da deficiência da dopamina.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

71

- A dopamina é uma substância química responsável pela comunicação entre os neurónios numa região do cérebro responsável pelos movimentos.



Substância nigra
estriado
estriado

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

72

- Na doença de Parkinson há deterioração e morte celular dos neurónios produtores de dopamina.



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

73

O que causa a doença de Parkinson?

- A causa da doença de Parkinson ainda é desconhecida.
- Existem muitas teorias tentando explicar e muitas pesquisas têm sido feitas e acredita-se que vários fatores estão envolvidos como fatores ambientais, genéticos.



Elia Ferrero - "Comunicação na interação do cuidado ao doente"

74

Diagnóstico

- O diagnóstico é clínico, feito pelo médico através dos sintomas que uma pessoa apresenta.
- Exames podem ser realizados quando se suspeita de outras causas.
- Define-se pela presença de quatro sinais principais: **tremor de repouso, rigidez, lentificação dos movimentos e alteração do equilíbrio.**
- São necessários pelo menos dois sinais para se diagnosticar uma síndrome de Parkinson.

Elia Ferrero - "Comunicação na interação do cuidado ao doente"

75

Há algum exame direcionado á doença de Parkinson?

Não

Há exames que permitem excluir outras doenças com sinais e sintomas parecidos

Elia Ferrero - "Comunicação na interação do cuidado ao doente"

76

Quem pode desenvolver a doença de Parkinson?

- Normalmente em indivíduos > de 60 anos
- Tanto homens como mulheres
- Não á nenhuma raça que esteja imune

Elia Ferrero - "Comunicação na interação do cuidado ao doente"

77

Sintomas



- A doença pode se iniciar com um tremor que afeta principalmente a mão de um lado, mas pode afetar as pernas, queixo.

Elia Ferrero - "Comunicação na interação do cuidado ao doente"

78

Sintomas

VARIAM COM O DOENTE...DIA PARA DIA...

- TREMOR NAS MÃOS, CABEÇA E PÉS.
- FADIGA, ALTERAÇÕES DE SONO E DEPRESSÃO
- DIFICULDADE EM ESCREVER, FALAR, ENGOLIR
- AUMENTO DA SALIVA, PRISÃO DE VENTRE, URGÊNCIA PARA URINAR
- DIFICULDADE EM VESTIR, LAVAR-SE, CALÇAR-SE, ABOTOAR BOTÕES, CORTAR COMIDA
- RIGIDEZ DOS MEMBROS, LENTIDÃO DE MOVIMENTOS
- PERDA DE EXPRESSÃO FACIAL

Elia Ferrero - "Comunicação na interação do cuidado ao doente"

79

Tratamento

- Não existe ainda cura da Doença de Parkinson, porém existe o tratamento para aliviar os sintomas e proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

80

Medidas de tratamento

- Medicamentoso
- Fisioterapia
- Orientação nutricional
- Terapia da fala
- Apoio psicológico

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

81

A medicação

Como e quando começar a dar medicação?

- A medicação vai depender dos sintomas, da idade e da atividade do doente.
- Geralmente inicia-se com uma medicação e depois vai-se adaptando consoante a evolução da doença e efeitos e reações.

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

82

Temos medicamentos para melhorar:

- Tremor
- Rigidez
- Lentidão dos movimentos
- Alucinações
- Movimentos involuntários

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

83

- As escolhas depende
- Idade do doente (diferente aos 40, aos 50, aos 60)
- Atividade (depende do grau de exigência)
- Expectativas do benefício (depende da melhoria que espera ter)

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

84

Como prevenir complicações?

- Flutuações motoras
- Movimentos involuntários
- Delírio/alucinações

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

85

- É muito importante a hora da toma dos medicamentos

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

86

Psicose (alteração de comportamento mental)

- O doente "vê" bichos, vultos ou pessoas....
- Tém delírios de ciúme....
- É típico da doença **MAS** os medicamentos também podem aumentar esta alucinações (doença + medicamento)
- Isto é tratável, o mais indicado é o medicamento **CLOZAPINA**, mas obriga a fazer **análise regulares**....
- É o melhor porque ao controlar as alucinações sem agravar

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

87

Demência

- É sinal que estamos num estágio avançada da doença....

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

88

Para o aumento da quantidade da saliva

- Há medicamentos que secam a saliva...medicação oral...injeta-se uma toxina na face

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

89

Alterações do sono

- Normalmente o doente não se queixa, quem refere é o companheiro
- Acordam várias vezes durante a noite,
- Sonham muito, em geral com lutas com guerras, coisas agressivas
- Têm muitos movimentos de acordo com o sonho
- Não é insólito ver o companheiro com o olho negro...
- Aumento de ter que ir á casa de banho á noite...á família parece o momento

Há medicamentos para esta alteração do sono

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

90

O que é que os medicamentos não tratam?

- Os passos pequenos
- O desequilíbrio
- Quedas
- O tom da voz
- A grande sudorese
- As alterações da memória (só parcial)

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

91 A doença é muito sensível

- Muitos dos medicamentos agravam a doença de Parkinson, como para tratar a agressividade, ou antidepressivos, medicamentos para a vertigem, mas que são imprescindíveis

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

92 Um muito usado...

- Molimum – é um medicamento que é utilizado para garantir que os doentes tolerem sintomas como as náuseas e vômitos que outros medicamentos que são necessários na doença de Parkinson, podem provocar


Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

93 Opção da cirurgia....

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

94 O objetivo da cirurgia é

- Aliviar os sintomas motores (lentidão, rigidez, tremor)
- Com a colocação de eletrodos numa região do cérebro, e ficam ligados por um fio a uma "bateria" que dá os impulsos...tem que ser trocada de 5 em 5 anos
- Não é cura,
- Melhora as queixas motoras
- Permite a redução da medicação
- Melhora a condição de vida



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

95 Terapia da fala

- O auxílio de um terapeuta da fala é importante se começam a ocorrer alterações da voz e dificuldade para engolir.
- Alterações na voz: tom baixo, volume débil



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

96 Dificuldades de comunicação



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

97

Orientação nutricional

- A dieta deve ser saudável e constar de todos os elementos como frutas, vegetais, carnes, cereais, massas em quantidades equilibradas
- Existem algumas orientações em relação à alimentação e a tomada de alguns medicamentos, como por exemplo, a levodopa que deve ser sempre ingerida longe do horário das refeições.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidador ao doente"

98

- A LEVODOPA compete com as proteínas e a vitamina B6 para ser absorvida no estômago....

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidador ao doente"

99

Cuidados na alimentação:

O DOENTE DE PARKINSON TEM DIFICULDADE EM ENGOLIR E ENGASGA-SE FACILMENTE.

(mais com líquidos do que com sólidos)

Dicas:

- Dê de beber com palhinha.
- Promova as sopas
- Use a gelatina ou farinha "Maizena para "engrossar"
- Dê -lhe tempo...

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidador ao doente"

100

"A APRESENTAÇÃO É IMPORTANTE PARA AUMENTAR O APETITE"

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidador ao doente"

101

Auxiliar na Alimentação

- Se necessário auxílio do cuidador, este deverá alimentar o paciente bem acordado, em posição sentada e, colocando-se à sua frente. Introduzir o alimento com uma colher (tamanho sobremesa) bem no centro da língua, em pequenas quantidades.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidador ao doente"

102

Higiene bucal

- Após a alimentação deve-se realizar a higiene oral de forma eficiente, eliminando os resíduos alimentares da boca, língua, dentes e bochechas.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidador ao doente"

103

Apoio psicológico

- Se se sentir triste ou deprimido comunique isto ao seu médico, pois ele poderá medicá-lo adequadamente ou encaminhá-lo a um profissional da área.

Elis Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

104

Fisioterapia

Como pode o profissional Fisioterapeuta contribuir e ajudar para o controlo desta doença?

Elis Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"


105

A base do tratamento da fisioterapia depende de cada indivíduo que temos em causa

<ul style="list-style-type: none"> Estádio da doença 	<p>Atividades mais difíceis para cada um</p>
	
<ul style="list-style-type: none"> Estado de saúde 	<p>Meio envolvente</p>

Elis Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

106



Principal objetivo da Fisioterapia

↓

Manter a **independência** o mais tempo possível e **máxima** qualidade de vida

Elis Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

107

Objetivos específicos


- Ajudar nas atividades mais difíceis para cada um
- Manutenção e melhoramento das condições gerais:
 - Articulares
 - Musculares
 - Respiratória
 - Sensibilidade
 - Aconselhamento e informação

Elis Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

108

Como por exemplo....

- O doente com Parkinson apresenta uma postura característica!



Elis Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"



110

Como é a marcha?

- Passos curtos e arrastados...
- Normalmente apressados e sem cadência

Estratégias...

- Auxílios visuais (pegadas no chão)
- Obstáculos
- Chão quadriculado
- Colocar 1º os calcanhares no chão

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

111

Como afeta a postura rígida?

DOR → Onde? → cervical, ombros, costas,...

Exemplos de tratamentos de fisioterapia

- aplicação de calor
- Parafango
- ultra-sons
- massagem
- mobilização articular

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

112

Como prevenir?

- MANTENDO/TONIFICANDO....Se possível... MELHORANDO
- COMO POR EXEMPLO....COM EXERCÍCIOS DE MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

113

ATENÇÃO

FADIGA DESPROPORCIONAL AO EXERCÍCIO

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

114

O que afeta a postura rígida?

DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA → PORQUÊ? → DIMINUI MOVIMENTOS COSTAIS

Exemplos de intervenção de fisioterapia

- Exercícios de expansão torácica
- Aumentar o ciclo respiratório
- Ensino da fosse
- Trabalho passivo do diafragma

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

115

Tratamentos na Piscina



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

116

...sempre que possível

- trabalhar em grupo



Fomentar a socialização, a partilha de sentimentos!

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

117

Informações/aconselhamentos

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

118

IMPORTANTE A PREVENÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DA IMOBILIDADE

- Mudar de decúbitos com a maior frequência possível e modificar as posições dos membros paralisados são medidas essenciais à prevenção das perturbações articulares.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

119

- Deve deixar-se que execute sozinho as tarefas que conseguir, mesmo que demore mais tempo.



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

120

Promova a segurança a par do conforto

- Evite obstáculos a onde o doente tem de passar
- Retire tapetes e passadeiras

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

121

Qualquer tratamento não é completo sem o apoio da família.



A família tem um papel fundamental na vida de um paciente com Doença de Parkinson no sentido de sempre apoiá-lo e ampará-lo nos momentos difíceis e também estimulá-lo para que participe de atividades sociais.

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

122

- "PARA COMPREENDER MELHOR O ISOLAMENTO DE
- UMA MENTE SÃO NUM CORPO FRÁGIL"



Uma IMAGEM...

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

123

"É como andar contra uma corrente, vestindo uma malha de aço"



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

124




Prisioneira no seu próprio corpo

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

125

Alzheimer



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

126

A doença de **Alzheimer** é uma doença do cérebro (morte das células cerebrais e consequente atrofia do cérebro), progressiva, irreversível e com causas ainda desconhecidos.

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

127

Há cerca de 100 mil casos em Portugal



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

128

Cada paciente de Alzheimer sofre a doença de forma única

- O sintoma mais comum é a perda de memória
- Com o avançar da doença vão aparecendo sintomas como:
 - ❖ Confusão mental
 - ❖ Irritabilidade
 - ❖ Alterações de humor
 - ❖ Falhas na linguagem
 - ❖ Perda de memória....

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

129

DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico é feito através de cuidadosa história do paciente relatada por seu familiar junto com o exame físico e mental do paciente. É importante excluir outras hipóteses diagnósticas que causam perda de memória.

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

130

CAUSAS

Não se tem conhecimento sobre a causa específica. No entanto há algumas hipóteses:

- Predisposição genética
- Vírus e a deficiência de certas enzimas e proteínas
- Estilo de vida (sedentarismo, má alimentação, fumo, etc)

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

131

TIPOS DE ALZHEIMER

No de início prematuro, os primeiros sintomas surgem antes dos 60 anos. Este quadro é raro, respondendo por apenas 5 a 10% dos casos. No entanto, tende a progredir rapidamente.

Início tardio é a forma mais comum da doença e se desenvolve em pessoas a partir dos 60 anos.

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

132

Sintomas

Estágio I (forma inicial): alterações na memória, personalidade e habilidades espaciais e visuais;

Estágio II (forma moderada): dificuldade para falar, realizar tarefas simples e coordenar movimentos; agitação e insônia;

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

133

Estágio III (forma grave): resistência à execução de tarefas diárias, incontinência urinária e fecal, dificuldade para comer, deficiência motora progressiva;

Estágio IV (terminal): restrição ao leito, dor à deglutição, infecções intercorrentes.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

134

TRATAMENTO

Infelizmente, não há cura para o mal de Alzheimer. Os objetivos do tratamento são:

- reduzir a progressão da doença;
- gerenciar problemas comportamentais, confusão e agitação;

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

135

- ▀ O tratamento permite melhorar a saúde, retardar o declínio cognitivo, tratar sintomas, controlar as alterações de comportamento, proporcionar conforto e qualidade de vida

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

136

- ▀ Cuidados a ter em conta quando se lida diariamente com um **doente com Alzheimer...**

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

137

- ▀ A maior parte dos doentes com Alzheimer passa a viver no passado, uma vez que já não se conseguem lembrar do que fizeram ontem....

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

138

- ▀ o que significa que o passado do doente passa a ser o seu presente, sendo que os eventos recentes são pura e simplesmente esquecidos!

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

139

Segurança...

- Sem querer tornar a sua casa numa prisão e o doente num prisioneiro, **promova um ambiente seguro**: retire da casa de banho pequenos eletrodomésticos como secadores ou máquinas de barbear.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

140

- feche à chave armários com produtos perigosos ou quartos onde o doente corre algum risco de se magoar

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

141

- coloque barreiras de segurança nas escadas.
- muitos doentes já não reconhecem o seu próprio reflexo e, por isso, os espelhos ou vidros podem confundir ou assustar uma pessoa.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

142

- rodei-o de objetos familiares, como fotografias ou outras lembranças pessoais.
- Não deixe portas e/ou janelas abertas.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

143

O que deve evitar?

- Ambientes muito barulhentos ou com muita gente (podem agitar o doente, levando-o à "fuga").

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

144

- apressá-lo com seja o que for (as rotinas diárias como tomar banho, vestir e comer tornam-se difíceis e até perigosas para executarem sozinhos), por isso, **ajude-o a manter a sua dignidade.**

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

145

- não fale sobre a pessoa e as dificuldades da doença à sua frente



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

146


A comunicação ou falta dela pode ser um grande desafio.

- Muitos doentes têm dificuldade em formular frases completas, outros deixam de falar por completo. Fique atento à linguagem corporal e às suas expressões faciais e não se esqueça que conhecer bem esta pessoa.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

147

- Não é o Alzheimer em si que provoca a morte, mas sim as infecções e doenças que podem surgir em sequência desta:
- Há que ser rigoroso



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

148


Manter a mente e o corpo ativos é fundamental...



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

149

AVC



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"


150

- **A cada 53 segundos alguém tem um AVC**



- **A cada 3,3 minutos alguém morre de AVC**

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"



- 50-70% dos sobreviventes recuperam independência funcional
- *Mas...15-30% estarão permanentemente incapacitados*
- 20% dos sobreviventes exigem cuidados institucionais em 3 meses

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

152

- O AVC ocorre quando a circulação cerebral é interrompida por coágulos sanguíneos ou hemorragias, causando após algum tempo a necrose da área do cérebro suprida pelo vaso obstruído.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

153

- É caracterizado pela perda rápida de função...
- É uma doença de início súbito...
- Trata-se de uma emergência médica...

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

154

AVC ISQUÊMICO :

Oclusão parcial ou total de um vaso sanguíneo cerebral que irriga determinada região encefálica, resultante de trombose cerebral ou embolia:

- **TROMBOSE:** formação de um coágulo sanguíneo na luz do vaso.
- **EMBOLIA CEREBRAL:** quando um coágulo ou outro material é carregado até o cérebro pela corrente sanguínea sendo proveniente de outra parte do corpo (fonte mais comum é o coração).

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

155

AVC HEMORRÁGICO:

ocorre devido a ruptura de um vaso sanguíneo com consequente sangramento para a superfície de encéfalo (hemorragia subaracnóide), ou para dentro do parênquima encefálico (hemorragia parenquimatosa).


Hemorragia extradural
 Geralmente ela sucede a uma fratura de crânio com uma laceração da artéria

Hemorragia Subaracnóide
 Cefaléia intensa, com ou sem perda da consciência, geralmente sem sinais focais, rigidez de nuca, com ou sem febre.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"


156

Ischemic stroke



A clot blocks blood flow to an area of the brain

Hemorrhagic stroke



Bleeding occurs inside or around brain tissue

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

157

SINAIS E SINTOMAS TÍPICOS DO AVC

- Cefaléia, vômitos
- Depressão do nível de consciência
- Paresia, plegia de um ou mais segmentos e/ou facial
- Alteração da marcha, incoordenação, queda da própria altura
- Crise convulsiva
- Perda da visão ou parte do campo visual
- Afasia sensitiva, motora ou mista
- Disartria, vertigem, diplopia, disfagia

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

158

- Durante o exame pode-se pedir ao paciente que sorria, levante os dois braços, repita uma frase...
- Tomografia, ressonância magnética...

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

159

- O AVC é uma doença que provoca mudança na dinâmica da vida do doente, da família deste, e das pessoas que cuidam dela.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

160

- Mudanças nos hábitos alimentares
- Regular os horários das refeições, pequenas e frequentes
- Comer devagar
- Selecionar uma grande variedade de alimentos
- Os alimentos devem ser bem cozidos
- Usar molhos ou caldos para umedecer os alimentos
- Evitar líquidos durante as refeições
- Espessar líquidos
- Alimentos mais frios

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

161

COMPARAÇÃO DOS ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS NOS HEMISFÉRIOS ESQUERDO E DIREITO

ESQUERDO	DIREITO
▪ Paralisia no lado direito do corpo	▪ Paralisia no lado esquerdo do corpo
▪ Defeitos no campo visual direito	▪ Defeitos no campo visual esquerdo
▪ Afasia (expressiva, receptiva ou global)	▪ Déficits de percepção espacial
▪ Capacidade intelectual alterada	▪ Distratibilidade aumenta
▪ Comportamento lento, cauteloso.	▪ Comportamento impulsivo e julgamento deficiente
	▪ Falta de consciência dos déficits.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

162

FATORES DE RISCO:

- HIPERTENSÃO
- CARDIOPATIA
- COLESTEROL ELEVADO
- DIABETES MELLITUS
- OBESIDADE
- ESTENOSE CAROTÍDEA
- POLICITEMIA
- FUMO

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

163

Quando iniciar Reabilitação?

Elis Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

164

Reabilitação precoce

- Vantagens:
 - Menor risco de complicações secundárias
 - Aproveitamento da neuroplasticidade
 - Diminuir mortalidade

Elis Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

165

Prevenção das Deformidades e Úlceras de Pressão

- Mobilização passiva no leito
- Estimulação sensorial
 - Massagem
- Mudança de decúbito

Elis Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

166

Recuperar funcionalidade perdida:


- Marcha
- Função manual grossa e fina
- Fala e linguagem
- Alimentação e Controle esfincteriano
- Atividades da vida diária e da vida prática

Elis Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

167

Complicações para aquisição da marcha

- Espasticidade**
 - Principal alteração de membro inferior: PÉ EQUINO-VARO
 - Quedas
 - Gasto energético
 - Impedir o apoio do membro
- TRATAMENTO**
 - Órtese suropodática
 - Exercício Terapêutico
 - Toxina Botulínica tipo A
 - Cirurgia ortopédica



Elis Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

168

Função do Membro Superior


- Trabalho de estimulação sensorial de membros superiores
- visão
- Manutenção da amplitude de movimento articular




Elis Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

169

- ▀ "Ombro Congelado"
- ▀ Dor
- ▀ Restrição funcional e articular
- ▀ Subluxação
- ▀ TRATAMENTO
 - ▀ Órtese de ombro estabilizadora
 - ▀ Eletroestimulação da musculatura do manguito rotador



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

170

Linguagem e Fala

- ▀ Afasias
 - ▀ Expressão
 - ▀ Compreensão
 - ▀ Mista
- ▀ Disartrias
- ▀ Comunicação alternativa

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

171

Deglutição

- ▀ TRATAMENTO
 - ▀ Estimulação da cavidade oral
 - ▀ Exercícios com boca, mastigação, língua e palato
 - ▀ Espessamento de texturas
 - ▀ Gastrostomia

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

172

Atividades da Vida Diária

- ▀ Princípio Maior: **ESTIMULAR A INDEPENDÊNCIA DO PACIENTE**
- ▀ O que é capaz de fazer
- ▀ O que consegue com ajuda
- ▀ O que não consegue
- ▀ Cuidador

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

173

ESCLEROSE MÚLTIPLA

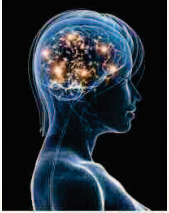


Imagem cedida pela AedBarris.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

174

A esclerose múltipla é uma doença crônica variável, que afeta muitos (múltiplos) locais do sistema nervoso central (SNC), conduzindo a lesões e cicatrizes: (esclerose) no cérebro e/ou espinal medula.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

175

Neurónio

É caracterizada por uma destruição das bainhas de mielina. Esta desmielinização é seguida de um processo de cicatrização



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

176

- Os sintomas da EM dependem da localização da desmielinização no cérebro e espinal medula.
- Sensações anormais - alguns doentes com EM** apresentam sensações estranhas, tais como frio dormência, formigamentos ou comichão

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

177

- Alterações da visão** - tais como visão dupla ou mesmo perda acentuada da visão de um dos olhos
- Fadiga** - um dos sintomas mais comuns na EM.
- Distúrbios motoras** - tais como rigidez, fraqueza, perda de força muscular e espasticidade dos membros

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

178

- Problemas de equilíbrio** - dificuldade em andar ou tremor
- Alterações urinárias e intestinais** - tais como retenção urinária e obstipação
- Problemas sexuais** - tais como impotência ou perda da sensibilidade
- Dor** - embora não seja dos sintomas mais comuns, é incômodativa. Pode variar desde uma dor facial súbita e intensa até uma sensação de queimadura, dormência ou formigamento nos membros

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

179

Principais sintomas da Esclerose múltipla



General:	Visão:
- Cansaço	- Visão dupla
- Degradação cognitiva	- Neurite óptica
- Depressão	- Diplopia
- Alterações de humor	Pala:
	- Encefalia
Garganta:	
- Disfagia	
Músculo-esquelético:	
- Ataxia	
- Espasmos	
- Ataxia	
Sensório:	
- Dor	
- Hipersensibilidade	
- Parosimetria	
Intestino:	
- Diarreia ou constipação	
Urinário:	
- Incontinência	
- Micção frequente ou retenção	

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

180

Estes sintomas podem conduzir a depressão



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

181

- Apesar de inúmeras investigações, ninguém sabe exatamente o que desencadeia a EM.
- Muitos fatores têm sido considerados, mas as causas permanecem elusivas e ainda são **desconhecidas**

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

182

- Os sintomas da EM pioram normalmente durante episódios agudos de agravamento, designados por **Surtos**
- São quase sempre **imprevisíveis**, ocorrem **sem aviso prévio** e **sem causa** aparente

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

183

Os surtos...

- ocorrem com maior frequência durante a primavera e o verão
- As infecções virais, aumentam o risco de novos episódios
- O stress pode também desencadear um ataque

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

184

CAUSAS...

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

185

Diagnóstico

- A esclerose múltipla pode ser difícil de diagnosticar, uma vez que partilha sinais e sintomas com várias outras condições clínicas
- As áreas onde ocorre desmielinização (através de lesões ou placas) podem ser observadas através de **ressonâncias magnéticas** ao cérebro e à medula espinal.
- A análise do líquido cefalorraquidiano, recolhido através de uma **punção lombar**, pode confirmar a presença de inflamações crónicas

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

186

Classificação...

- A EM é classificada segundo vários subtipos, ou padrões de progressão, que permitem prever a evolução da doença através da análise do padrão de progressão passado. São importantes não só para o prognóstico, mas também para decisões de terapêutica.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

187

Esclerose múltipla recidivante/remissiva
Episódios recorrentes que podem ou não deixar marcas permanentes após os períodos de recuperação.

Esclerose múltipla secundária progressiva
Insuficiência gradual e contínua no domínio motor, que em 50% dos casos evolui para uma progressão de remissão.

Esclerose múltipla primária progressiva
Aumento estável da deficiência ao longo do tempo.

Esclerose múltipla progressiva relapsante
Períodos contínuos desde o diagnóstico, mas com ataques ocasionais.

Dependência crescente

Tempo

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

188

Tratamento...

- Embora não seja conhecida qualquer cura para a esclerose múltipla, há várias terapias que ajudam a abrandar os efeitos da doença.
- Os principais objetivos da terapia são o restabelecimento das funções do paciente após um episódio de ataque, a prevenção de novos ataques e a prevenção da deterioração.

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

189

- Os medicamentos modificadores da doença diminuem a progressão da doença, **mas não a param...**

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

190

Viver saudável com Esclerose Múltipla:

- Seguir uma alimentação equilibrada, de qualidade e natural
- Exercício físico orientado por um profissional
- Tarefas orientadas e estabilizadas de forma a prevenir a fadiga
- Conviver com família e amigos.
- Praticar atividades lúdicas, como pintura ou outras artes manuais.

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

191

O doente oncológico

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

192

Câncer é sem dúvida uma das doenças mais temidas no mundo moderno...

- Mesmo não levando à morte, cobra uma pesada fatura de angústia e desespero

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

193

- A palavra CANCRO deriva do latim e significa CARANGUEJO...o uso da palavra foi por se ter verificado as "veias" se irradiavam



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

194

O doente oncológico

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

195

cancro é sem dúvida uma das doenças mais temidas no mundo moderno...

- Mesmo não levando á morte, cobra uma pesada fatura de angústia e desespero



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

196

- A palavra CANCRO deriva do latim e significa CARANGUEJO...o uso da palavra foi por se ter verificado as "veias" se irradiavam



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

Estádios da doença oncológica



- Primeiro estágio: até chegar ao diagnóstico...

Pré-diagnóstico: a incerteza ansiosa

- Muitas consultas
- Muitos exames
- Medicamentos que revelam a sua ineficácia


várias semanas

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

198

O que pensa o doente acerca desta situação?

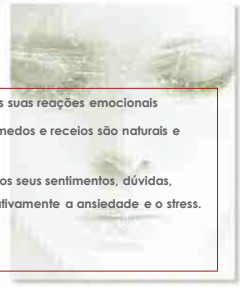
- Esta incerteza levanta, entre outras questões e receios, o de saber se se trata de uma doença grave ou não...
- Podemos ajudar?
- Como?



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

199

- Incentivar o doente a partilhar as suas reações emocionais
- Explicar ao doente que os seus medos e receios são naturais e justificáveis.
- Induzir o doente que falar sobre os seus sentimentos, dúvidas, receios, angústias reduz significativamente a ansiedade e o stress.



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"



... e facilitar uma escatologia emocional e de receios através da expressão de emoções negativas, deixando o doente falar livremente, respeitando os silêncios, e o seu ritmo....

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

201

Estádios da doença oncológica

- **Diagnóstico inicial:** choque e negação

Assim que o diagnóstico é dado a conhecer ao doente, surge de imediato uma reação...


Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

202

...após o primeiro impacto...stress agudo e depressão...

- Raiva
- Ansiedade
- Protesto
- Sentimentos de culpa
- Depressão
- Exaustão
- Desconforto físico

...o futuro parece vazio e os pensamentos sobre morte são inevitáveis!



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

203


- Podemos ajudar
- Como?

Fornecendo suporte

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

204


Ouvir o doente falar das suas preocupações e episódios pelos quais tem passado, **sem julgar** as suas atitudes e comportamentos, mostrando sempre **respeito** pelas suas decisões



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

205

Mostrar ao doente que não está só nesta luta.



Elia Ferrás - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

- Mostrar que se compreende as razões do doente e a sua forma particular de agir...
- Encorajar, afirmando a capacidade para enfrentar esta batalha...
- Reforçar e elogiar cada passo

Explicar que não necessita obrigatoriamente de ingerir fármacos para se acalmar, mas simplesmente exprimir as suas emoções, sentimentos e sempre que necessite tirar tempo para si.



Elia Ferrás - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

207

- Segundo estágio:** da aceitação do diagnóstico...
- A família e amigos desempenham o papel primordial na manutenção do equilíbrio físico e psicológico.

O doente tem receios e preocupações, para não preocupar aqueles que o rodeiam, diz estar bem!!!!

Elia Ferrás - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

208

Por sua vez, os familiares e amigos também têm os seus receios e preocupações... e decidem calar-se mantendo a doença como tema tabu!



Elia Ferrás - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

209

- Promover a comunicação
- Ajudar a resolver questões práticas do dia a dia
- Incentivar a procura de informação sobre a doença
- Evitar o isolamento social
- Aumentar a quantidade e diversidade de atividades em que o doente poderá desenvolver



Elia Ferrás - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

Com frequência, o doente já ouviu falar dos tratamentos, sobretudo dos efeitos secundários, que lhe levanta muitas dúvidas e medo.

Por exemplo:
 Promover a auto- imagem; no caso de perda de cabelo sugerindo chapéus, lenços, próteses capilares...



Elia Ferrás - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

211 **Após o estudo:** dos tratamentos em diante...

Pós-tratamentos

Possíveis recaídas

Possibilidade de recorrências

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

212 ...natural que surja, depressão, tristeza, ansiedade, cansaço, desânimo...

Para lutar contra isso o doente deverá:

- evitar estar sozinho
- Passear
- distrair-se
- Fazer atividades que gosta
- conversar acerca das preocupações

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

213

Tratamentos

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

214

O que é a quimioterapia?

- É um dos tratamentos da doença oncológica.
- Consiste na administração de medicamentos que atuam no organismo destruindo as células anormais.
- Este tratamento provoca normalmente alguns efeitos adversos, que se verificam durante o tratamento mas que desaparecem no final do mesmo.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

215

Como se faz a quimioterapia?

- Há três formas possíveis de fazer a quimioterapia:
 - por via oral (comprimidos, cápsulas)
 - por via intramuscular (injeção no músculo)
 - Por via intravenosa (injeção na veia): a via mais frequente

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

216

Quantas vezes se faz quimioterapia e durante quanto tempo?

- Depende...
 - Pode ser uma vez por mês
 - De três em três semanas
 - Uma vez por semana

A frequência é conforme o tipo de doença e a respetiva medicação.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

...durante quanto tempo?

- A duração do tratamento varia de acordo com:
 - Tipo de doença
 - Medicação
 - O tempo que o organismo leva a reagir de forma favorável
 - A tolerância aos efeitos adversos

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

218 Que efeitos adversos?

- Os efeitos variam de pessoa para pessoa, porque depende muito do tipo de doença e do organismo de cada um.
- As partes do corpo geralmente afetadas são:
 - ☐ Cabelos e pelos
 - ☐ Músculos e nervos
 - ☐ Pele
 - ☐ Mucosa oral
 - ☐ Aparelho digestivo
 - ☐ Aparelho reprodutor
 - ☐ Aparelho urinário



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

219 Cabelo e pelos

- Há alguns tipos de medicamentos usados na quimioterapia que podem provocar a queda de cabelos e queda de pelos.
- No entanto, essa queda é temporária e o cabelo volta a nascer assim que terminar o tratamento, ou até durante.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

220

- Para diminuir a queda de cabelo poderá iniciar algumas medidas tais como:
 - ❖ lavar os cabelos menos vezes e com champôs suaves
 - ❖ Evitar permanentes, colorações, uso excessivo de secadores e rolos

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

221 A Pele...

A pele pode ficar mais seca, mais escura ou sofrer de comichões. Para tal recomenda-se:

- ❖ Usar cremes hidratantes
- ❖ Ficar atento ao aparecimento de calor, ardor, rubor ou dor em qualquer zona da pele e comunicar ao médico se tal acontecer.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

222 Músculos e nervos...

- Com este tratamento pode começar a sentir **cansaço, falta de forças, formiguelo** nas mãos e pés e **adormecimento** dos braços ou pernas.

Uma boa alimentação e algum descanso podem ajudar!

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

223

Mucosa oral...

- ▶ A boca pode ficar seca e inflamada. Isto pode ser aliviado se:
 - ❖ Ingerir líquidos
 - ❖ Ingerir alimentos frescos (frutas, gelados, saladas)
 - ❖ Usar molhos nos alimentos
 - ❖ Amolecer alimentos mais duros no leite, café ou chá
 - ❖ Evitar comida ácida, condimentos e sal
 - ❖ Evitar álcool e tabaco
 - ❖ Usar escovas de dentes macias
 - ❖ Bochechar a boca com uma solução de água e soda

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

224

No aparelho digestivo...

- ▶ Normalmente poderá sentir:
 - ❖ Falta de apetite
 - ❖ Náuseas e vômitos
 - ❖ Diarreia
 - ❖ Prisão de ventre

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

225

Se sentir falta de apetite deverá:

- ▶ Fazer pequenas refeições de acordo com as suas preferências alimentares
- ▶ Aumentar a frequência de higiene oral, especialmente antes das refeições

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

226

Se sentir falta náuseas e vômitos deverá:

- ▶ Fazer pequenas refeições e mais frequentes
- ▶ Reduzir líquidos durante as refeições (é preferível beber-los umas horas antes ou depois)
- ▶ Evitar alimentos muito doces ou muito gordos
- ▶ Comer devagar
- ▶ Ingerir alimentos secos (pão, tostas, bolachas...)

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

227

Se tiver diarreia, recomenda-se:

- ▶ Ingerir alimentos mornos não quentes
- ▶ Evitar alimentos que provoquem gases (feijões, ervilhas)
- ▶ Comer alimentos pobres em fibras (arroz, carne, peixe, banana)
- ▶ Beber muitos líquidos

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

228

Se tiver prisão de ventre, aconselha-se:

- ▶ Comer alimentos ricos em fibras (vegetais, cereais, feijão)
- ▶ Aumentar a ingestão de líquidos
- ▶ Fazer exercício físico
- ▶ Se necessário pedir ao médico um medicamento (laxante)

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidado ao doente"

229

No aparelho reprodutor...

- Na mulher pode ocorrer:
 - ✓ Irregularidade no período menstrual, podendo deixar de ser menstruada
 - ✓ Calores e afrontamentos como na menopausa
 - ✓ Manter as devidas precauções na atividade sexual para não engravidar

No homem, há uma diminuição na produção de espermatozoides, mas continua a poder ter atividade sexual sem problemas.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

230

No aparelho urinário...

- É natural que ocorram alterações na cor e odor da urina
- Pode ainda sentir ardor ao urinar, isso deve-se ao facto de os medicamentos serem eliminados pela urina
- Pode ajudar-se
 - Aumentar a ingestão de líquidos
 - Aumentar os cuidados de higiene
 - Avisar o médico caso estes sintomas sejam muito persistentes

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

231

A quimioterapia, por vezes altera os valores dos glóbulos brancos, dos glóbulos vermelhos ou das plaquetas sanguíneas

- glóbulos brancos ajudam a combater as infeções
- glóbulos vermelhos transportam o oxigénio evitando a anemia
- plaquetas sanguíneas ajudam a coagulação do sangue

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

232

Quando há diminuição dos glóbulos brancos, as pessoas ficam sujeitas a infeções...

Devemos ter cuidados como:

- ❖ Evitar contatos com pessoas portadoras de doenças contagiosas
- ❖ Proteger a pele com cremes
- ❖ Ter maiores cuidados na higiene da boca e corpo
- ❖ Ter boa alimentação
- ❖ Estar atento a sinais: febre, tosse, dor ao urinar, calor, rubor...

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

233

Quando há diminuição dos glóbulos vermelhos, deve ter os seguintes cuidados:

- Ter uma alimentação rica em ferro (carne, fígado, agridões, espinafres)
- Fazer períodos de repouso
- Avisar o médico caso surja: cansaço fácil, irritabilidade, respiração mais rápida que o habitual, palidez da pele ou mucosa...

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

234

Quando há diminuição das plaquetas sanguíneas, fica-se mais sujeito a hemorragias. Assim

- Lavar os dentes com um pano em vez de escova
- Ter cuidado com o uso de instrumentos cortantes
- Evitar pancadas
- Não tomar medicamentos sem conhecimento do médico
- Avisar o médico se surgir: pequenas pintas vermelhas, perda de sangue pelo nariz, perda de sangue nas gengivas ou na urina

Em caso de hemorragia deve recorrer à urgência do hospital

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

235

Como o nosso papel pode marcar a

- Tomar consciência dos seus medos e sentimentos sobre a doença, o tratamento e acerca do futuro, expressando-os de uma forma positiva.
- Diminui os níveis de depressão, ansiedade e stress
- Desenvolver competências para lidar como stress e compreensão da importância de combatê-lo

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"


236

- Desenvolver um sentimento de otimismo e de que tem poder sobre espírito de luta
- Adquirir uma sensação de controlo e de autoeficácia
- Adquirir informação acerca de doença e das opções de tratamento
- Tomar decisões acerca do tratamento e de outras questões

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

237

E quem cuida de quem ajuda?



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

238

Cuidar dos outros pode ser uma experiência compensadora e muito positiva, porém, também pode ser demasiado exigente e esgotante...



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

239

Burnout

Define-se quando o profissional/cuidador entra em exaustão física, emocional e mental, conduzindo a um progressivo sentimento de fracasso e baixa realização profissional!

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

240

BURNOUT

ESTADO DE EXAUSTÃO FÍSICA, EMOCIONAL, MENTAL QUE RESULTA DO ENVOLVIMENTO INTENSO COM PESSOAS.

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

241

Quais são os sinais físicos e psicológicos?

- Perturbações no sono
- Alterações da concentração
- Irritabilidade
- Incapacidade de escutar
- Impaciência
- Diminuição da capacidade de trabalho
- Humor depressivo
- Medo da própria morte ou doença...

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

242

Que barreiras encontramos no nosso dia a dia?

- Falta de conhecimento/formação
- Falta de aptidões
- Falta de auto confiança
- Falta de suporte profissional



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

243

MEDOS

- Medo de errar
- Medo de ser acusado
- Medo do desconhecido
- Medo de não saber a resposta
- Medo de expressar as emoções
- Medo da própria morte...




Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

244

Estratégias num quadro com estes sinais...


- Reconhecer a necessidade de ajuda
- Permitir o autocuidado
- Espírito aberto para mudança de atitudes...



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

245

- Cuidar de si próprio é parte essencial do serviço aos outros.
- Sentindo-se bem poderá entregar-se com maior liberdade e eficácia...
- Respeite as próprias limitações e necessidades!




Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

246

- Muitas pessoas fazem um seguro da casa e do carro. Protegem-se de assaltos e acidentes, mas esquecem-se de proteger a sua emoção do stress e dos problemas da vida.
- Que contraste!
- Como fazer?



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"



247

- Vivemos num mundo complicado! É nele que devemos sentir-nos realizados, felizes e saudáveis...
- Não há milagres, mas... há treino capaz de transformar a nossa capacidade de atingir os nossos objetivos

Elis Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

248

1ª Lei

Contemplar as coisas simples

- Dialogar com os amigos
- Elogiar as pessoas
- Aproveitar os desafios da vida
- Admirar as crianças
- Ouvir as histórias dos idosos



Descobrir as coisas lindas e ocultas que nos rodeiam...

Elis Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"


249

2ª Lei

Ter um sono reparador

Dicas para dormir bem:

- Filtre os problemas (nas contradições use o silêncio)
- Trabalhe com alegria
- Faça leituras agradáveis
- Não coma antes de se deitar
- Evite a TV antes de dormir



Elis Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

250

3ª Lei

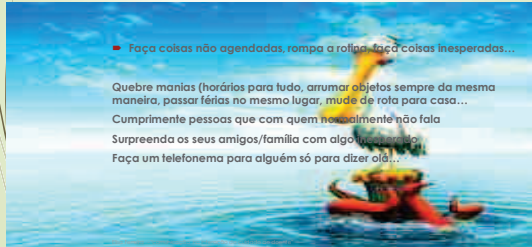
- Faça coisas não agendadas, rompa a rotina, faça coisas inesperadas...

Quebre manias (horários para tudo, anumar objetos sempre da mesma maneira, passar férias no mesmo lugar, mudar de rota para casa...)

Cumprimente pessoas que com quem habitualmente não fala

Surprenda os seus amigos/família com algo inesperado

Faça um telefonema para alguém só para dizer oi...



251

4ª Lei

- Exercício físico e alimentação saudável
- Fazer exercício físico, melhora a irrigação sanguínea, renova a energia cerebral, liberta a endorfina que é um calmante natural, tranquiliza e induz o sono.
- Uma dieta saudável, à base de frutas, verduras e pouca proteína animal.

Elis Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

252

5ª Lei

- Gerir a emoção

Dicas para gerir a emoção:

- Se fugir das dores emocionais, elas tornar-se-ão um leão agressivo. Se as enfrentar, elas transformar-se-ão num animal de estimação.
- Critique, no silêncio da sua mente, cada sofrimento
- Não faça das suas emoções uma lata de lixo
- Pense antes de reagir diante das ofensas

EU POSSO DAR OS TIJÓLOS, MAS SÓ VOCE PODE EDIFICAR

Elis Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

253

6ª Lei

- Gerir os pensamentos
- Tornar-nos o autor da nossa história. Ser livre para pensar, ser líder de si mesmo.
- Deixar de ser um espectador passivo
- Critique cada pensamento negativo...use palavras positivas

Elis Peres - "comunicação na interação do cuidado ao cliente"

254

7ª Lei

- Proteja-se da memória

"todas querem o perfume das flores, mas poucas sujam as suas mãos para as cultivarem"

- Sobreponha as novas experiências sobre as antigas
- Liberte-se do medo, do ódio, do rancor, da autopunição

Elis Peres - "comunicação na interação do cuidado ao cliente"

255

8ª Lei

- Trabalhar as perdas e frustrações
- É superar as dores da existência e usa-las para amadurecermos e não para nos destruir.
- É ter consciência que a vida é uma escola...
- É ser um eterno aprendiz!
- Os fortes compreendem, os fracos julgam...



Elis Peres - "comunicação na interação do cuidado ao cliente"

256

9ª Lei

- Ser empreendedor

...é realizar sonhos, mesmo que haja riscos.
 É tomar atitudes que ainda ninguém tomou
 É ter consciência de quem vence sem obstáculos triunfa sem glória..
 É não esperar uma herança, mas construir uma história...a felicidade não acontece...conquista-se!
 Anime-se! Estabeleça metas. Sonhe alto.



Elis Peres - "comunicação na interação do cuidado ao cliente"

257

10ª Lei

Acredite

Elis Peres - "comunicação na interação do cuidado ao cliente"

258

Independente de quem somos, de onde vimos, da idade, do meio em que vivemos, do grau de formação que possuímos...todos nós temos características e capacidades especiais em que podem fazer a diferença quando trabalhamos com o outro...



Elis Peres - "comunicação na interação do cuidado ao cliente"

265

Se respondeu a maior parte das respostas positivas...parabéns, acaba de provar que é bom comunicador...

...você pode fazer a diferença...

- Sabe comunicar com os outros, permite-lhe ter sensibilidade com as palavras, e facilidades em convencer os outros a pensarem ou fazerem o que julga correto!

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cubo do diavol"

266

Inteligência Lógica

- Teste rápido
- Acha os números fascinantes?
- Gosta de ciências?
- Faz cálculos de cabeça com facilidade?
- Gosta de resolver mistérios?
- Lembra-se facilmente de valores, resultados ou percentagens?
- Aprecia jogos de estratégia, como o xadrez ou damas?

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cubo do diavol"

- Faz quebra-cabeças ou puzzles como passatempo?
- Gosta de perceber como funcionam os computadores?
- Apercebe-se naturalmente da ligação entre uma ação e o seu resultado?
- Adora organizar a informação em tabelas e gráficos?
- Gosta de fazer estimativas sobre certas quantidades (por exemplo, o número de moedas medidas num frasco)
- Usa o computador para outras coisas para além dos jogos ou facebook?

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cubo do diavol"

268

Se respondeu a maior parte das respostas positivas...parabéns, acaba de demonstrar que tem a capacidade natural para entender o que se passa à sua volta, detetar padrões de comportamento humano...

...você pode fazer a diferença...

Permite-o a resolver questões particulares, que apenas se detetam nas "entrelinhas"...

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cubo do diavol"

Você é Insubstituível...



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cubo do diavol"

270



- Por vezes, o mais simples gesto pode parecer desinteressante e desprovido de valor, mas podem ter um revigorante significado para quem ajudas...

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cubo do diavol"

271



- Às vezes ajudar os outros significa deixá-los dar.
- Um cartão feito em casa, um sorriso, um obrigado do fundo do coração são presentes a guardar como tesouros.
- Aceite com agrado aquilo que os outros têm para lhe oferecer!

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

272

Trabalho em Equipe

- Trabalho em equipa significa alcançar juntos o que não alcançaríamos individualmente. Uma organização transforma-se então numa comunidade de aprendizagem com propósitos e valores compartilhados e esforços colaborativos.



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

273



- Há algum objetivo comum?
- É preciso que todos trabalhem em conjunto para poder alcançá-lo?

CASO A RESPOSTA SEJA SIM ESTE GRUPO É UMA EQUIPE

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

274

Objetivo comum...

- Enfatizar a vida
- Incorajar esperança
- Ajudar no aproveitar melhor cada dia

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

275

TRABALHO EM EQUIPA

Em cada equipa, cada membro deve desempenhar a sua tarefa profissional, integrando-se numa função e num papel.

Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

276

Uma equipa deve funcionar com base



Elisa Ferreira - "comunicação na intervenção do cuidador ao doente"

277


O QUE UMA EQUIPA ESPERA DE SEU LÍDER

- Mostrar comprometimento pessoal perante o objetivo da equipa.
- Ser justo e imparcial com os membros da equipa.
- Estar disponível para enfrentar e resolver assuntos associados com o desempenho de alguns membros.
- Estar aberto a novas idéias dos membros da equipa.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao dentista"

278


10 dicas para trabalhar em Equipa

- Seja Paciente – não é fácil conciliar opiniões diversas. Exponha seus pontos de vista e ouça a opinião dos outros mesmo não estando de acordo. 
- Saiba reconhecer quando a idéia do outro é melhor que a sua, afinal, mais importante que nosso orgulho é o objetivo que o grupo pretende alcançar.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao dentista"

279

- Não critique os colegas, não deixe que os conflitos entre vocês interfira no trabalho em equipe. Critique as idéias, nunca as pessoas.
- Saiba dividir as tarefas, compartilhe as responsabilidades as informações.
- Trabalhe, não deixe o outro sobrecarregado, faça a sua parte.
- Participativo e solidário, ajude seu colega sempre necessário, assim não se sentirá culpado quando precisar de ajuda.



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao dentista"

- Dialogue, sempre que estiver com um problema ou insatisfação, para que seja possível alcançar uma solução.
- Planeje para verificar se as metas traçadas pelo grupo estão sendo atingidas.
- Evite cair no "pensamento do grupo", é importante ouvir idéias externas.
- Aproveite o trabalho em Equipe, pois essa é a oportunidade de viver com seus colegas e aprender com eles.

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao dentista"

281

você é criativo?

- Diferentes profissões
- Diferentes conhecimentos
- Diferentes experiências



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao dentista"

282

Principais problemas!

- Dificuldade na comunicação
- Difícil tomada de decisões
- Dedicação/co-responsabilidade
- Confusão ou conflitos de funções
- Competitividade
- Confidencialidade
- Formalidade, indiferença, aborrecimentos
- Pouco domínio

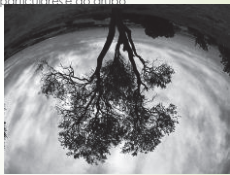


Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao dentista"

283

Principais problemas!

- Conflitos nos interesses particulares e do grupo
- Falta de escuta
- Crítica destrutiva
- Decisões prematuras
- Mal-entendidos
- ...



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

284

Vantagens

- Apoio mútuo.
- Reconhecimento.
- Garantia na qualidade e diferenciação de cuidados.
- Partilha de tomada de decisões difíceis.
- Aperfeiçoamento de competências.



Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"


285

Estratégias para trabalhar em equipa

- **Tempo**
- **Ambiente privado**
- **Descrever o que se passou**
- **Manter respeito pelo outro**
- **Mostrar disponibilidade de ajuda**
- **Em conjunto, averiguar soluções possíveis**
- **Escolher, em conjunto, a melhor solução**

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

286



As vantagens da comunicação em equipa ajudam a superar-se a todas as dificuldades

Elisa Ferreira - "comunicação na interação do cuidado ao doente"

...A VIDA É UM DESAFIO...



ANES DO SENAR

A morte

- Falar da morte, para quê?
- Porquê?
- Por que não deixa-mos o assunto em paz até que as circunstâncias nos forcem a enfrentá-lo??

- Quando falamos acerca da morte ela conservar-se distante, como algo que só acontece a outras pessoas...
- Imaginar o mundo sem nós...

Afinal a morte faz parte da vida, é um acontecimento que todos temos de assistir....

- ...VIVER É UM DESAFIO!
- Talvez, seja esta a realidade que nos desperta ou nos obriga a tomar consciência dos nossos valores mais profundos, uma certeza que nos convida a criar, a pensar, a procurar um sentido à existência.



Que manobras a vida nos ensina para encarar a morte como um acontecimento natural?

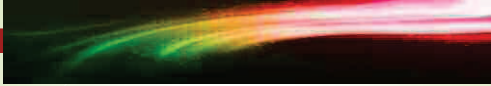


Quantos de nós estamos preparados para **lai**?

- O nosso próprio modo de acompanhar um próximo, ao chegar a hora, será condicionado pela nossa visão e perceção que temos da morte.

Num funeral, frequentemente, os que estão vivos produzem muitos pensamentos para procurarem recontatar-se diante da perda dos seus entes queridos, dizem coisas como «ele deixou de sofrer», «ele está num lugar melhor», e ninguém diz «ele deixou de existir».







- Assistimos ao longo da história, à transformação de paradigmas e perspectivas em relação à morte que têm sustentado atitudes e modos de estar perante esta situação de formas diferentes....

...ao longo da história...

- Cada cultura e cada religião tem sua forma de encarar e enfrentar a morte, bem como a pessoa diante deste fenômeno.



Os egípcios



- Acreditavam na vida depois da morte.
- Os egípcios colocavam em suas tumbas artigos decorativos, joias, comida, ferramentas e outras provisões que viriam a ser úteis após sua morte, no pós-vida! Os egípcios comuns eram enterrados no deserto, com seus corpos simplesmente enrolados em tecido e acompanhados por poucos objetos e comida.
- Cidadãos mais ricos, como artesãos, podiam arcar com os custos da mumificação (a preservação do corpo também era importante para a vida após a morte) e da construção de um túmulo.

Na Idade Média...

- ...a morte era "domesticada", "familiar", ou seja, havia certa intimidade entre o morrer e o cotidiano da sociedade, a tal ponto que este ato era encarado como algo natural da vida.
- Era comum o moribundo, sentindo a chegada de sua morte, realizar o ritual final, despedir-se e quando necessário reconciliar-se com a família e com os amigos, expunha suas últimas vontades e morria, na esperança do juízo final quando alcançaria o paraíso celeste.
- É por isso que nesta época a morte súbita, repentina era considerada vergonhosa e às vezes considerada castigo de Deus, pois a morte casual inviabilizava o processo do morrer descrito acima.

...a partir do século XVIII,

- A morte outrora tida como o momento máximo do convívio social agora é negada,
- já que agora a morte é algo constrangedor.
- Algo que constrange tanto o moribundo, quanto sua família.
- Agora os familiares querem proteger o moribundo da morte, ocultando-lhe a verdade de seu fim próximo.
- As igrejas deixaram de ser o local dos enterramentos, os quais passaram a ocorrer em cemitérios

Catolicismo

- A vida depois da morte está inserida na crença de um Céu, de um Inferno e de um Purgatório. Dependendo de seus atos, a alma se dirige para cada um desses lugares.
- A alma é eterna e única.
- Não retorna em outros corpos e muito menos em animais.
- Crê na imortalidade e na ressurreição e não na reencarnação da alma.
- A Bíblia ensina que morreremos só uma vez. E ao morrer, o homem católico é julgado pelos seus atos em vida.

Islamismo (Religião Muçulmana)

- Para o islamismo, Alá (Deus) criou o mundo e tirará de volta a vida todos os mortos no último dia. As pessoas serão julgadas e uma nova vida começará depois da avaliação divina.
- Esta vida seria então uma preparação para outra existência, seja no céu ou no inferno.
- Quando a pessoa morre, começa o primeiro dia da eternidade.
- Ao morrer, a alma fica aguardando o dia da ressurreição (juízo final) para ser julgada pelo criador.
- O inferno está reservado para as almas "desobedientes", que foram desviadas por Satanás.

Hinduísmo

- A visão hindu de vida após a morte é centrada na ideia de reencarnação.
- Para os hinduístas, a alma se liga a este mundo por meio de pensamentos, palavras e atitudes.
- Quando o corpo morre ocorre a transmigração.
- A alma passa para o corpo de outra pessoa ou para um animal, a depender das nossas ações.

Budismo



- No budismo, a palavra "morte" significa "aque vai nascer".
- Porque o que morre no mundo material, na verdade está nascendo no mundo espiritual.

Os Judeus

- A morte não significa a extinção do ser, mas o começo de uma nova fase.
- Na tradição judaica a cremação jamais é permitida. O falecido deve ser enterrado, ate, na terra.



Os pigmeus

- Não aceitam a morte, pois sempre que um ser morre, sua habitação é abatida sobre o corpo, todos se transferem para outro refúgio, e não se mencionam mais a existência do morto.



Na Guiné Bissau



- Após a morte de alguém, fazem um choro (enterro), que dura os dias consoante a idade e importância na sociedade.
- São enterradas no sítio onde passaram mais tempo, podem ser enterradas na sua própria casa.
- Matam animais, em forma de sacrifício, para dar às pessoas que vão ao "choro".
- As mulheres do morto (têm várias) dançam à volta do corpo...
- O corpo é envolvido em farrapos. Cada pessoa que vai ao enterro enrola uma tira de pano...

Na Jamaica

Quando alguém morre logo de nove noites d morte.



Na Itália e na Suíça,

• Geralmente, as funerais são feitas em casa e duram no mínimo 48 horas, podendo chegar a uma semana, para que a maioria de amigos e parentes possam se despedir do falecido.

• As pessoas vão e vem, pedicam alguns salgadinhos, tomam vinho, uma ou outra risada, e isso não causa constrangimento.

Na Suíça, por exemplo, há hospitais que disponibilizam uma sala refrigerada, onde o corpo fica a disposição dos visitantes, que podem até marcar hora para a visita.

No México



• O dia de finados é comemorado com muita festa e alegria. O motivo da comemoração, são muito semelhantes a uma festa de aniversário, inclusive, o morto é convidado para participar do banquete e os vivos festejam para que ele fique bem. As festas podem ser em casa ou no cemitério, mas tem que ter muita alegria e "comer e beber".

No Japão



• Os funerais são feitos, geralmente, no caso da família, e o importante é que eles fazem uma cerimônia de preparação do corpo antes de sepultá-lo.

• A preparação envolve a limpeza (para a purificação), a troca de roupas e a maquiagem para o corpo ficar bonito, com aparência saudável e preparado para a viagem que o morto fará ao novo mundo, e tudo isso é feito durante o funeral e na presença de todos.

• Este ritual pode ser feito pelas próprias familiares, mas, geralmente, são os "Nokanishi" que fazem, pois eles são profissionais especializados nisso.




• Se por um lado somos fruto da sociedade em que vivemos, por outro são as nossas atitudes e as nossas consciências em massa que vão moldando um mundo novo e arrastando-nos para uma evolução.



• Hoje, mais do que nunca, a busca pelo sentido de vida vem tornando-se uma realidade.

• Como?


- ❖ artigos, letras de músicas, entrevistas com o propósito de nos ensinar a viver
- ❖ histórias de voluntariados de um humanismo magnificante, movimentos de solidariedade
- ❖ motivações de esperança, testemunhos de fé, orientações de vida, convites à reflexão e à procura da paz interior.
- ❖ mensagens de lições de vida em vários filmes de animação para crianças.



- Existem e existirão sempre aqueles que permanecem indiferentes, agindo de forma mecanizada e hipnótica, no entanto, outros identificarão o segredo da vida e mudarão o rumo da sociedade.





- Embora, muitos digam que não temem a morte em si mas sim o facto de morrer, não estou certa de que esse seja o espelho da realidade...





Reagimos muito, e pensamos pouco!


- Quando estamos a correr risco de vida, seja por uma dor, por uma ameaça de uma arma, um acidente, os instintos humanos desembotam; o coração acelera, a frequência respiratória aumenta e surgem uma série de mecanismos metabólicos para nos afastar da situação de risco de vida. Ou seja, os instintos prevalecem sobre o pensamento.



- A ideia de morte faz parte da vida, razão mais que suficiente para a grande maioria procurar essa tal poção mágica que lhes prolonga a estadia.
- Os cientistas do mundo consomem o seu tempo a descobrir novos medicamentos, conhecer o metabolismo celular, pesquisar novos aparelhos e novas técnicas, tudo para melhorar a qualidade de vida e adiar o inevitável: **O fim da existência.**



- Cada profissional, na sua área específica, sente a urgência da mudança na filosofia de vida e emprega-a com os meios que tem em mãos.
- Suponho que diversos profissionais demonstram inquietação diante o sofrimento dos seus pacientes e das suas respetivas famílias.



- Não será por acaso que cada vez mais ouvimos falar das equipas de cuidados paliativos.
- As equipas de cuidados paliativos tentam tomar em linha de conta o sofrimento global, nos seus aspetos físicos, psicológicos, afetivos e espirituais.

Num envolvimento geral, entende-se a necessidade de reintroduzir a morte no nosso campo de consciência e do pensamento, humaniza-la nas nossas instituições.

- Neste contexto, justifica-se que o profissional se adequa aos aspetos éticos e filosóficos exigido neste tipo de utentes, e de alguma forma **cultivar o seu próprio conceito de morte.**



Decidir falar sobre a morte, é de facto confrontar numa incómoda realidade que, na maioria das vezes, **nem pensamos**.

- Colocar um indivíduo idoso a encarar a realidade da morte, foi simpático. Se nos tivéssemos apresentado alguém jovem no início de vida nesse papel, provavelmente nos chocar-nos-íamos muito mais, afinal compreendemos forçosamente que um idoso tem de morrer.



- Este idoso, apesar de se apresentar em cadeiras de rodas, indicio de que a sua aptidão física já está limitada, ostenta um aspecto confortável e aconchegante
- ...até tem algo mais a seu favor: a ampulheta ainda lhe reserva tempo de vida.

- Tempo que poderá aproveitar para resolver últimas questões: situações pendentes, palavras não ditas ou que se querem realizar.
- Terá oportunidade de decidir como gostaria de viver o seu tempo de morrer, se assim o souber aceitar.
- Atíngir a consciência de uma morte próxima, facilita abandonar efetivamente, os comportamentos relacionados com a vivência mundana, permite libertar os desejos fúteis e preocupações elementares relacionadas com o quotidiano.

- A pessoa pondera o que estabeleceu para si, age em conformidade com a sua intenção, decide por si.
- Este despertar constitui uma transformação, reconhecer que o tempo não se perde nem se ganha...ele simplesmente passa.
- Seremos convidados a mergulhar fundo dentro de nós mesmos, de uma maneira geral, leva-nos a olhar para a nossa vulnerabilidade, para os nossos sentimentos de uma forma profunda. Mais global. Mais real. Verdadeiramente sentida.



O seu olhar para a sepultura, caracteriza por certo, o olhar que nos assombra quando algo nos prenuncia o incerto.

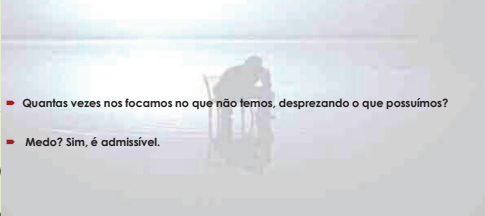
- O mistério da passagem para a morte será receoso se nos afugentarmos com dúvidas ou inquietações.

- As equipas de cuidados paliativos preocupam-se em realizar alguns desejos, intenções ou vontades que não se leve tempo para realizar!
- Vamos imaginar...

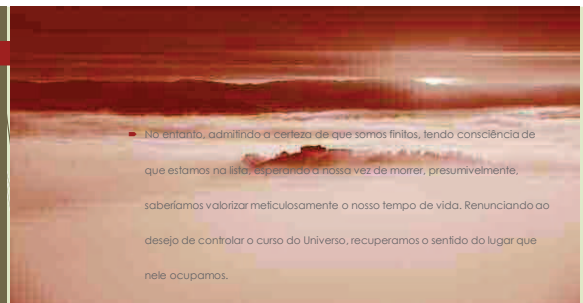


- Vivendo de uma forma presente e grata. Quantos de nós vivemos obcecados pelo futuro, delineando planos, desprezando o momento presente?

- Quantas vezes nos focamos no que não temos, desprezando o que possuímos?
- Medo? Sim, é admissível.



- No entanto, admitindo a certeza de que somos finitos, tendo consciência de que estamos na lista, esperando a nossa vez de morrer, presumivelmente, saberíamos valorizar meticulosamente o nosso tempo de vida. Renunciando ao desejo de controlar o curso do Universo, recuperamos o sentido do lugar que nele ocupamos.





Em vez de vermos o "ceifador" como uma personagem que nos vem requestar do mundo, vê-lo-emos como um guia que nos encaminhará e ajudará a sair da vida, sem medo e com a dignidade que nos é devida.

The cartoon depicts a doctor in a wheelchair being led by a grimacing figure holding a scythe, with the text "You're on the Waiting List..." above them.

- O tempo de morrer, é um tempo das últimas permutas de vida, o tempo de fechar o circuito, seja qual for a representação que dela se faça.
- O acompanhamento de quem morre e das suas famílias, humaniza-nos.
- Aprendemos não só a compreender melhor como a vida termina, mas também como pode o ser humano abrir o caminho para a sua própria morte, cheio de coragem, humor, bom senso...



- Acreditar que "o agora" é o único momento que existe na minha vida, portanto, é nele que devo agir.
- Acreditar no **agora**, porque o daqui a pouco pode não existir.

