



Relatório de Prática Clínica

Avaliação e Controlo da Dor no Doente que Não Comunica

Tânia de Lurdes Ludovico Soares

Orientadores

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Coorientador: Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

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 da Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta e coorientação científica da Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Setembro 2016

Composição do Júri

Presidente do júri

Doutora Patrícia Margarida dos Santos Carvalheiro Coelho

Vogais

Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Mestre Sandra Catarina Fonseca Simões da Silva

Enfermeira na Unidade de Cuidados Paliativos da Clipóvoa – Luz Saúde

Dedico este trabalho aos meus Padrinhos e Avós, minhas “estrelinhas” no céu que apesar de não se encontrarem presentes fisicamente, estão comigo a cada passo que dou no sentido de me tornar uma melhor profissional.

Agradecimentos

À minha orientadora e coordenadora do Mestrado Professora Doutora Ana Paula Antunes Gonçalves Sapeta, pela referência que se tornou desde os anos da Licenciatura.

À minha coorientadora Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo pela disponibilidade e interesse demonstrados ao longo deste ano de estudos.

A toda a equipa da UCCP do HL, com particular destaque à Enf.^a Coordenadora, pelo acolhimento e compreensão demonstrados ao longo do período de estágio e, um profundo agradecimento à Enf.^a C.M. pela partilha de conhecimentos e de experiências, que me permitiram a aquisição de novas competências.

A todos os meus doentes, sem eles nada disto fazia sentido, porque sem saber, todos me deram mais a mim, do que alguma vez eu lhes pude dar.

Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo constante e pela disponibilidade que sempre mostraram, na articulação do horário quando o trabalho assim o exigiu.

Aos meus pais Joaquim e Lurdes por acreditarem em mim e por estarem sempre presentes para me apoiar, mesmo quando as decisões a tomar exigiram muito de nós.

Ao meu irmão Leonel e à Raquel pela preocupação, disponibilidade e presença nos momentos em que mais precisei.

À pequena e doce Emília, pelos sorrisos e travessuras com que me tem presenteado desde o dia em que nasceu.

À minha madrinha Cristina por ser uma força da natureza, ela sabe porquê.

Aos restantes familiares, de um modo especial, aqueles que neste momento, atravessam situações de doença crónica no seio das suas famílias.

Aos amigos e companheiros de vida pelo apoio constante, principalmente aqueles que tiveram uma palavra de animo e força, quando quase me deixei vencer pelo cansaço.

Ao Fábio, meu marido e companheiro que sempre me apoiou ao longo de todo o percurso, pela paciência nos dias mais complicados, pela ajuda quando houve falta de tempo e pelo abraço carinhoso, que tanta força me deu, nos momentos que mais precisei.

A todos vocês um grande bem-haja!!!

“Nós acreditamos que, nesta etapa, existem algumas regras cardinais no tratamento da dor intratável. Primeiro temos de fazer uma avaliação o mais cuidadosa possível dos sintomas que afligem o doente. Isto não é feito para que tenhamos um diagnóstico e possamos dar tratamento específico (uma vez que isto já foi feito), mas sim para que seja possível tratarmos a dor e todas as outras coisas capazes de tornar um estado geral de sofrimento numa doença.”

Cicely Saunders

Resumo

O presente relatório tem como fim a descrição e reflexão das atividades realizadas durante a Unidade Curricular de Prática Clínica do Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

A prática clínica teve lugar numa prestigiada Unidade de Cuidados Paliativos, reconhecida a nível internacional, cujo modelo de organização e funcionamento da equipa, bem como a caracterização do serviço, são aqui descritos. Esta experiência permitiu que presenciasses, vivenciasse, casos clínicos singulares.

Tendo por base esta experiência obtida na prática clínica e recorrendo ao uso de bibliografia recomendada, foi efetuada uma reflexão crítica que aborda as quatro áreas chave dos Cuidados Paliativos: controlo dos sintomas, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa.

Foi também feito o enquadramento do tema “Avaliação e Controlo da Dor no Doente que Não Comunica” e expostos os resultados da revisão sistemática da literatura, subordinada a esta temática.

O Projeto de Intervenção que decorreu na Unidade de Cuidados Continuados Integrados em que trabalho, foi implementado com o intuito de facilitar a avaliação da dor nos doentes que não têm a capacidade cognitiva para expressar a sua dor, uma vez que esta é uma das lacunas dos serviços que deve ser melhorada. Foi realizada para o efeito uma formação em serviço, onde foi abordada a temática e implementadas medidas. Os resultados deste projeto foram positivos, mas não satisfatórios. Com esse intuito procurarei dar continuação ao mesmo.

Palavras chave

Avaliação da Dor, Controlo da Dor, Doente que não comunica.

Abstract

This report aims at the description and reflection of the activities held during Master of Clinical Practice in Palliative Care of Escola Superior de Saúde Dr Lopes Dias.

Clinical practice took place in a prestigious Palliative Care Unit, recognized internationally, whose model of organization and team working as well as the characterization of the service are described herein

Based on this experience obtained during the clinical practice and using the recommended bibliography, a critical reflection was made per the four key areas of palliative care: symptom control, communication, family support and teamwork.

It was also made the subject of the framework "Pain Assessment and Control in Patient who do not Communicates" and exposed the results of the systematic review of the literature subject to this subject.

The Intervention Project held at Continuous Care Unit where work was implemented to facilitate the assessment of pain in patients who do not have the cognitive ability to express their pain, since this is one of the shortcomings of services that should be improved. This was performed for the effect of in-service training where the subject and implemented measures were addressed. The results of this project were positive, but not satisfactory. To that end I seek to continue the same.

Keywords

Pain Assessment, Control of Pain, Patient who not communicates.

Índice geral

Resumo	XI
Abstract	XIII
Índice de figuras	XVIII
Lista de símbolos	XIX
Lista de tabelas.....	XX
Índice de Gráficos.....	XXI
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	XXII
1. Introdução.....	1
Parte I – Modelo de Organização e funcionamento da equipa de Cuidados Paliativos.....	
Paliativos.....	4
2. Contextualização da prática clínica	4
3. Caraterização da equipa e funcionamento	5
4. Níveis e modelos da prestação de cuidados	6
Parte II – Competências adquiridas nas áreas chave dos Cuidados Paliativos ...10	
5. Competências, objetivos e atividades realizadas.....	10
5.1. Objetivos Gerais.....	11
5.2. Objetivos Específicos	13
6. Reflexão sobre a aquisição de competências.....	14
6.1. Controlo dos Sintomas	15
6.1.1. Dor	17
6.1.2. Fadiga ou Astenia.....	19
6.1.3. Náuseas e Vômitos	20
6.1.4. Depressão e Ansiedade	21
6.1.5. Delirium.....	23
6.1.6. Anorexia	24
6.1.7. Dispnea.....	25
6.2. Comunicação Adequada	33
6.3. Apoio à Família	47

6.4. Trabalho em Equipa.....	54
Parte III - Projeto de intervenção no serviço.....	60
7. Avaliação e Controlo da Dor no Doente que Não Comunica.....	60
7.1. Caracterização do serviço de origem e seu funcionamento	64
8. Projeto de Intervenção.....	65
8.1. Princípios/Critério.....	67
8.2. Áreas de Melhoria e Objetivos.....	69
8.3. Ações a desenvolver	69
8.4. Planeamento e Execução.....	71
8.5. Plano de Formação.....	71
8.6. Avaliação da sessão	74
8.7. Avaliação do projeto de intervenção.....	77
9. Conclusão.....	80
Referências Bibliográficas.....	83
Apêndices.....	89
Apêndice I – Cronograma da prática clínica e relatório	91
Apêndice II – Horário do período de prática clínica	93
Apêndice III - Desenho da Revisão Sistemática da Literatura.....	95
Apêndice IV – Cronograma de atividades da formação em serviço	99
Apêndice V – Cartaz de divulgação da formação em serviço	101
Apêndice VI – Panfleto alusivo à formação em serviço.....	103
Apêndice VII – Convite alusivo à formação em serviço	105
Apêndice VIII – Apresentação da formação em serviço	107
Apêndice IX – Instrumento de avaliação pedagógica da formação em serviço	115
Apêndice X – Instrumento de avaliação das práticas profissionais após a formação em serviço.....	117
Anexos.....	119

Anexo I – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton.....	121
Anexo II – Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003.....	123
Anexo III – Normas e procedimentos para atuação em caso de Dor	127

Índice de figuras

Figura 1 – Modelo Cooperativo com intervenção nas crises	8
Figura 2 – Escada analgésica da OMS Modificada	19
Figura 3 – Proposta de orientações farmacológicas para náuseas/vómitos	21
Figura 4 – Genograma Familiar da Sr. ^a L.	26
Figura 5 – Genograma Familiar do Sr. J.S.	56
Figura 6 – Avaliação das práticas profissionais relativamente à formação	78

Lista de símbolos

°C – Graus *celsius*

≥ - Superior

O₂ – Oxigénio

SpO₂ – Saturação periférica de oxigénio

Lista de tabelas

Tabela 1 – Distribuição temporal dos turnos realizados durante a Prática Clínica	4
Tabela 2 - Análise SWOT	68
Tabela 3 – Ações a desenvolver no âmbito do PI	69

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Registo de assiduidades dos Profissionais de Saúde presentes na Formação em Serviço	74
Gráfico 2 – Avaliação da Metodologia Letiva Utilizada na Formação em Serviço	75
Gráfico 3 – Avaliação da Clareza na Exposição de Conteúdos	75
Gráfico 4 – Avaliação da relevância para a prática profissional de cada um dos presentes	75
Gráfico 5 – Avaliação da atitude pedagógica da formadora	76
Gráfico 6 – Avaliação acerca do material bibliográfico disponibilizado.....	76
Gráfico 7 – Avaliação da Adequabilidade dos recursos utilizados	76
Gráfico 8 – Avaliação Global da Formação.....	76
Gráfico 9 – Avaliação da duração da formação	77

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

- AMP – Atendimento Médico Permanente
- APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
- ASC – Acesso subcutâneo
- ATB – Antibiótico
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- AVD's – Atividades de Vida Diárias
- AVP – Acesso Venoso Periférico
- BIPAP – Aparelho de pressão positiva para as vias aéreas
- CF – Conferências Familiares
- CP – Cuidados Paliativos
- CVC – Cateter Venoso Central
- D – Descanso
- DGS – Direção Geral de Saúde
- DM II – Diabetes *Mellitus* do tipo II
- EAP – Edema Agudo do Pulmão
- ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica
- Enf. – Enfermeiro
- EV - Endovenoso
- F – Folga
- FA – Fibrilhação Auricular
- FC – Frequência Cardíaca
- HBP – Hipertrofia Benigna da Próstata
- HD – Hemo Dinamicamente
- HL – Instituição onde foi realizada a Prática Clínica
- HTA – Hipertensão Arterial
- ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
- IPCB – Instituto Politécnico de Castelo Branco
- M – Manhã
- MCP – Mestrado em Cuidados Paliativos

MD – Mão Direita
MI – Membros Inferiores
MSD – Membro Superior Direito
MSE – Membro Superior Esquerdo
MV – Máscara de *Venturi*
N - Noite
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAINAD – *Pain Assesment in Advanced Dementia*
PC – Prática Clínica
PI – Projeto de Intervenção
PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos
PO – Per os, pela boca
PS – Ponto de Situação
RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital
RH – Reforço Hídrico
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RPC – Relatório de Prática Clínica
RSBE – Residência de Saúde e Bem Estar
SC – Subcutânea
SCM – Santa Casa da Misericórdia
SDR – Sinais de Dificuldade Respiratória
SNC – Sistema Nervoso Central
SNG – Sonda Naso-Gástrica
SO – Sala de Observações
SOS – Medicação de Resgate
SU – Serviço de Urgência
SV – Sonda Vesical
T – Tarde
TEP – Tromboembolismo Pulmonar
UCC – Unidade de Cuidados Continuados
UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCCP – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UEI – Unidade Especial de Internamento

ULDm – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

VO – Via Oral

1. Introdução

No âmbito do 3º Semestre do 4º Mestrado em Cuidados Paliativos (CP), é necessária a entrega, após o período de prática clínica, de um Relatório final detalhado, que deve posteriormente ser discutido, onde são descritas todas as atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do estágio, de forma a adquirir uma concordância com aquilo que anteriormente foi descrito no Projeto de Relatório e Prática Clínica.

Os Cuidados Paliativos são para mim uma área que desde sempre me despertaram interesse e curiosidade. A vontade de saber mais acerca desta filosofia de cuidados para assim poder fazer melhor e prestar cuidados em consonância foi surgindo ao longo dos meus poucos anos de experiência quando, como enfermeira, me deparei com algumas situações que envolviam doentes crónicos e para as quais não tinha as respostas mais adequadas. Essas situações eram causadoras de alguma frustração e insatisfação a nível profissional, surgindo assim a vontade de frequentar este ciclo de estudos para que no fim do mesmo, através dos meios que tenho ao meu dispor, independentemente do serviço onde exerça a minha profissão, consiga fazer a diferença, de modo a poder proporcionar aos utentes a qualidade de vida e dignidade que eles merecem até ao fim dos seus dias, independentemente da idade, cultura, etnia ou religião.

Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, na segunda metade do século XX ocorreram enormes progressos na Medicina, que conseqüentemente levaram a um aumento no número de doenças crónicas e ao aumento do número de doentes que não se curam. As pessoas em Portugal morrem cada vez com idade mais avançada, ou vítimas de inúmeras doenças crónicas, as quais carecem de cuidados direcionados às necessidades das pessoas, são incuráveis aos olhos da medicina, mas permitem aos doentes viver com qualidade até aos últimos dias. ^(1,2)

Os cuidados paliativos são a resposta da medicina para garantirem e proporcionarem a todos o conforto, o controlo e a qualidade de vida até à morte. O termo paliativo deriva do latim *pallium* que significa manto ou capa, por isso os cuidados paliativos pretendem “encobrir” os sintomas, não só os físicos como os psicológicos e espirituais, com o intuito de promover o conforto e a qualidade de vida. ^(2,3)

Surgiram na década de 60 em Inglaterra com Cicely Saunders como pioneira e em 2002 a OMS definiu-os como:

“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, recurso à identificação precoce e tratamento com rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.” ^(2,4)

Esta definição levou posteriormente em Portugal à criação pela DGS em 2004 do Plano Nacional de Cuidados Paliativos, e mais recentemente em Setembro de 2012 à

Lei de Bases dos Cuidados Paliativos⁽⁵⁾, que numera como princípios dos CP os seguintes:

- “Afirmção da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como um processo natural que não deve ser prolongado através da obstinação terapêutica;
- Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes;
- Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- Continuidade de cuidados ao longo da doença.”

Para o cumprimento dos requisitos para a obtenção do grau de mestre é componente obrigatória a realização de um período de prática clínica, o qual vai ser descrito ao longo deste relatório. Este ciclo de estudos está orientado no sentido da formação especializada de elevado nível científico, na Adenda ao Regulamento do Mestrado em CP⁽⁶⁾, estão descritos os seguintes objetivos, os quais me propus atingir ao longo desse período:

- “Compreender e aplicar os valores e princípios dos CP na minha prática assistencial;
- 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;
- Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática dos CP;
- Desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes equipas de CP, em regime de internamento ou de apoio domiciliário;
- Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de estágio clínico, mediante a elaboração de um relatório final e da construção de um plano de implementação de uma equipa de CP.”

A regulamentação do presente mestrado define que a Prática Clínica subentende a realização de 300h de trabalho, das quais 200h foram passadas em contexto de estágio, na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do HL, as restantes 100h foram utilizadas para concretização de um objetivo específico, a que me propus, a realização

de um projeto de intervenção no serviço onde exerço a minha atividade profissional de enfermeira, a Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia, subordinado ao tema *Avaliação e Controlo da Dor no Doente que Não Comunica*.

A escolha do tema surge como um desafio pessoal, de maneira a aprimorar a minha prestação de cuidados diários, uma vez que, existem múltiplas barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo da vida, em particular aos grupos mais vulneráveis, como é o caso dos doentes que não comunicam.

Apesar dos avanços na medicina, continuam a existir mitos, falsos conceitos e informação desadequada em todos os intervenientes – doentes, profissionais e instituições.

Daí a minha escolha ter recaído sobre os doentes que não comunicam, pois, fazendo uma retrospectiva da minha pouca experiência profissional, constato que a dor nestes doentes em específico não é corretamente avaliada, sendo por isso subtratada. Neste projeto são incluídos não só os doentes que não comunicam, como também aqueles que verbalizam, mas que são incapazes de avaliar a sua dor devido a défices cognitivos causados por doenças neurodegenerativas, entre outras, como é o caso de situações de demência avançada.

Assim este relatório apresenta-se estruturado em 3 partes. A Parte I descreve sumariamente o modelo de organização e funcionamento do serviço, onde foi realizada a prática clínica. A Parte II identifica os objetivos gerais e as competências adquiridas nas áreas chave dos CP, descrevendo para isso as atividades realizadas com recurso a alguns casos clínicos escolhidos. A Parte III descreve o Projeto de Intervenção realizado de modo a atingir o último objetivo acima delineado.

A metodologia utilizada na elaboração do relatório baseia-se no diário de campo redigido ao longo de todo o período de PC, através de observação direta e participação nos cuidados, o que vai permitir uma descrição exaustiva bem como uma reflexão acerca das atividades e experiências realizadas e adquiridas.

A elaboração do presente relatório permite acima de tudo uma reflexão pessoal e crítica acerca do desempenho ao longo do período de PC, de modo a repensar os objetivos a que me propus e as atividades que desempenhei, de maneira a obter a satisfação dos mesmos.

Esta reflexão é ao mesmo tempo sustentada por uma contínua pesquisa bibliográfica de forma a consolidar conhecimentos adquiridos no terreno com bibliografia existente acerca das áreas chave dos CP de modo a recapitular competências obtidas ao longo da componente teórica do 1º ano de Mestrado.

Parte I - Modelo de Organização e funcionamento da equipa de Cuidados Paliativos

2. Contextualização da prática clínica

O Período de Prática Clínica teve lugar no Serviço de Cuidados Continuados e Paliativos do HL em Lisboa, sob a orientação da Enf.^a C.M., no período de 1 a 31 de Março de 2016, num total de 25 turnos realizados em 5 semanas consecutivas, num horário rotativo.

A escolha deste serviço para realização do período de PC recai por ser um serviço que nos últimos anos desenvolveu um trabalho de excelência no âmbito dos CP, tendo sido recentemente distinguido como ESMO Designated Center of Excellence in Palliative Care and Oncology, pela European Society of Medical Oncology, por possuir experiência e diferenciação reconhecidas que permitem a esta unidade responder a situação de elevada exigência e complexidade em CP. ^(8,9)

Tabela 1 - Distribuição temporal dos turnos realizados durante a Prática Clínica

2016	Semana	Segunda Feira	Terça Feira	Quarta Feira	Quinta Feira	Sexta Feira	Sábado	Domingo
MARÇO	1 ^a		M	T	M	D	V	F
	2 ^a	T	M	T	M	T	D	V
	3 ^a	F	M	M/T	M	T	T	F
	4 ^a	F	M	T	M	M/T	M/T	F
	5 ^a	V	V	F	F			

Os turnos foram distribuídos de acordo com o horário realizado pela minha orientadora de estágio no terreno a Enf.^a C.M. tendo, contudo, a necessidade de complementar alguns turnos sob a orientação da Enf.^a A.G., de forma a poder completar as 200h destinadas a este período de PC, de acordo com a minha disponibilidade obtida no serviço onde cumpro as minhas obrigações laborais.

Foi, portanto, um estágio intenso uma vez que realizei as horas pretendidas num curto espaço de tempo o que a meu ver se tornou bastante benéfico, para a realização do meu diário de campo, pois estar na equipa durante cinco semanas sem interrupções permitiu um acompanhamento regular, observando a evolução das situações clínicas e a adequação dos cuidados prestados de acordo com a evolução da situação de doença dos clientes, que vou descrever posteriormente nos casos clínicos apresentados na continuidade deste RPC.

Para além do acolhimento extraordinário que tive no seio desta equipa, pude ao longo destas cinco semanas desenvolver as minhas competências na área, bem como

as atividades que vão de encontro aos objetivos previamente traçados, contando com o apoio incondicional e disponibilidade não só da minha Enf.^a orientadora bem como dos restantes elementos da equipa multidisciplinar.

No dia 17 de Março de 2016, foi feito o ponto de situação do trabalho desenvolvido pela Enf.^a C.M. em conjunto com a orientadora, Professora Doutora Paula Sapeta que se deslocou propositadamente ao HL para esse efeito.

3. Caraterização da equipa e funcionamento

O HL é uma das 18 unidades de prestação de cuidados de saúde privada que foi criado no decorrer do ano 2000, é um dos maiores grupos de prestação de cuidados de saúde privados do país. ⁽¹⁰⁾

É um complexo integrado de saúde que reúne um hospital de agudos e um hospital residencial que, assume o compromisso de diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz quem o procura, através da prática de uma medicina de excelência e inovação. Disponibiliza todas as valências médicas e cirúrgicas, com ênfase em áreas diferenciadas organizadas em centros de excelência multidisciplinares, contribuindo para uma abordagem completa e integrada dos doentes, sendo determinante para a qualidade dos cuidados de saúde prestados. ^(10,11)

É um serviço constituído por 48 camas que são fisicamente separadas em UCC e UCP. À entrada no serviço localiza-se a UCP à direita, composta por 14 quartos individuais cada um deles com instalações sanitárias privativas, uma sala multiusos que serve para diversos fins desde ginásio de medicina física e reabilitação, para os clientes que não se podem deslocar ao ginásio principal da instituição, sala de reuniões, sala de formações em serviço ou também utilizada para Conferências Familiares quando disponível para tal. No final do corredor situa-se uma sala de espera que é utilizada pelas famílias ou clientes que assim o desejarem e uma sala de registos de enfermagem. Do lado esquerdo do serviço situa-se o balcão administrativo, onde desempenham funções duas secretárias administrativas, o balcão de enfermagem e por trás deste a sala de preparação de terapêutica utilizada maioritariamente por enfermeiros. Os restantes quartos pertencentes à UCC encontram-se na ala esquerda do serviço, 16 quartos duplos com instalações sanitárias e 2 quartos individuais no topo do serviço com equipamento a utilizar em caso de ser necessário necessidade de isolamento de clientes. Ao longo da ala esquerda encontra-se também o refeitório dos clientes, a copa do serviço, a sala de tratamentos e a sala de reserva de material. Entre o balcão de enfermagem e o seguimento da ala esquerda do serviço encontra-se na parte anterior um corredor onde se encontra uma outra sala de registos de enfermagem, o gabinete da enfermeira responsável, a copa do pessoal, a rouparia e uma sala de arrumos. Na separação física entre a UCC e a UCP situa-se uma outra sala de espera.

Os CP são melhor administrados se existir um grupo de pessoas que trabalhe em equipa com diversos intervenientes, uma equipa multiprofissional, existindo evidência que quando isso acontece há vantagem para o doente e família. (4,12,13,14)

No serviço da UCCP do HL a equipa multidisciplinar é composta por: uma coordenadora clínica da unidade, médica reconhecida com vasta experiência na área, uma outra médica em horário completo, três médicos em horário parcial, uma fisioterapeuta, uma dietista, uma psicóloga, duas administrativas, 37 enfermeiros, uma enfermeira chefe coordenadora, um enfermeiro responsável e 25 auxiliares de ação médica, aquando a minha passagem pelo serviço encontravam-se também cinco médicos em regime de internato.

Para além do serviço acima descrito, a coordenadora clínica da UCP, tem ainda uma equipa que presta apoio a utentes internados nos restantes serviços do HL, é responsável por uma consulta externa e dedica-se à formação e investigação na sua área de intervenção. A equipa de CP do HL reúne critérios que a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos enumera nas suas recomendações para a prática dos mesmos, pelo que é reconhecida pela mesma. (9,15,17)

O Programa Nacional de CP e as recomendações da APCP para o modelo para a prestação de cuidados definem que um serviço de CP, neste caso específico de internamento, deve possuir as seguintes características:

- “Prestar cuidados globais (bio-psico-sociais e espirituais) através de uma abordagem interdisciplinar;
- Pelo menos o líder de cada grupo profissional envolvido deve possuir formação específica avançada ou especializada reconhecida em cuidados paliativos;
- Os doentes e familiares são envolvidos no processo de tomada de decisões;
- Existem planos para apoio no luto;
- Tem registos sistemáticos de deteção precoce e monitorização de problemas;
- Existe articulação e colaboração com os cuidados de saúde primários e secundários e com outras estruturas comunitárias de apoio a doentes em situação paliativa, nomeadamente o voluntariado organizado;
- Existem planos de avaliação de qualidade nos cuidados, bem como atividades de formação, treino de profissionais e atividades de investigação;
- Existe possibilidade de apoio aos profissionais pelas exigências decorrentes do trabalho desenvolvido e para prevenção de *burnout*.” (17)

4. Níveis e modelos da prestação de cuidados

Após a definição de CP pela OMS em 2002 surgiu no nosso país em 2004 uma Circular Normativa pela DGS que inclui um Programa Nacional de Cuidados Paliativos a ser aplicado no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e que considera que os CP estão reconhecidos como um elemento essencial nos cuidados de saúde, sendo que o mesmo

PNCP identifica como destinatários a esta filosofia de cuidados apenas aqueles que não têm tratamento curativo. (16,17)

Para a APCP a resposta às necessidades dos diversos tipos de doentes, com doença grave e terminal, passa por criar uma rede alargada e integrada de serviços que incluam desde os cuidados domiciliários, aos cuidados em unidades de internamento variadas, em hospitais de agudos e mesmo nas instituições de cuidados continuados de longa duração. Não existe, contudo, um modelo de prestação de CP aplicável a todas estas situações sendo que importa atender, às necessidades dos doentes e família. (17,18)

Os CP são cuidados preventivos, que pretendem evitar o grande sofrimento, causado por sintomas e perdas múltiplas, associados à doença crónica e terminal. Pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão ativamente quanto possível até à sua morte, centrando-se na importância da dignidade da pessoa, ainda que doente, vulnerável e limitada, aceitando a morte como uma etapa natural da vida e por isso deve ser vivida imensamente até ao fim. (15)

Atualmente a filosofia dos CP encontra-se difundida pela generalidade dos países ocidentais, sendo uma resposta ativa aos problemas associados a uma doença prolongada, proporcionando a máxima qualidade de vida aos doentes e suas famílias não devendo, portanto, ser entendidos como um privilégio, mas como um direito de todos os que se encontram nesta situação. (2,15,20)

No nosso País a criação da Lei de Bases dos CP pressupõe que o doente tem o direito de receber este tipo de cuidados, que estes devem ser adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa doente, devendo ser incluídas a prevenção e o alívio da dor ou de outros sintomas que possam surgir no decurso da doença grave ou incurável, em fase avançada ou progressiva, respeitando a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana. (5)

Ao longo do tempo, a OMS identificou variados modelos de atuação para dar resposta às necessidades dos doentes em fim de vida, alguns que são desadequados em relação à atual definição de CP. (19) Anteriormente os CP só eram procurados às portas da morte, o que faz com que ainda hoje, exista na comunidade em geral um grande mito em relação aos mesmos, uma vez que associam esta prestação de cuidados, aos últimos dias e horas de vida dos doentes. Esta situação com o passar do tempo tem vindo a ser desmistificada embora, exista ainda alguma renitência por parte de algumas pessoas por falta de conhecimentos, passa pelos profissionais de saúde a divulgação desta filosofia de cuidados que deve estar presente ao longo de todo o período curativo quando estamos perante uma situação de doença crónica ou incurável.

Segundo os autores de referência na área, o fato de a nova definição de CP da OMS de 2002 ter abandonado o critério de prognóstico e centrado o núcleo dos problemas identificados como sendo as necessidades e sofrimento do doente, independentemente da fase de doença em que este se encontra, permitiu que as organizações direcionadas para a prestação de CP evoluíssem, nos seus modelos de atuação, sendo que neste tipo

de modelo à medida que as necessidades dos doentes e a doença evoluem, o peso do tratamento específico ou curativo e dos CP vai-se alterando. ^(4,17,19)

O modelo de intervenção que atualmente se preconiza como o mais adequado e, para o qual os modelos de intervenção específica em CP deverão evoluir, subentende uma colaboração e articulação de cuidados acessíveis a dois tipos de intervenção: a específica ou curativa e a paliativa, ao longo de todo o processo de doença. O chamado modelo cooperativo com intervenção nas crises. ^(4,17,19,21)

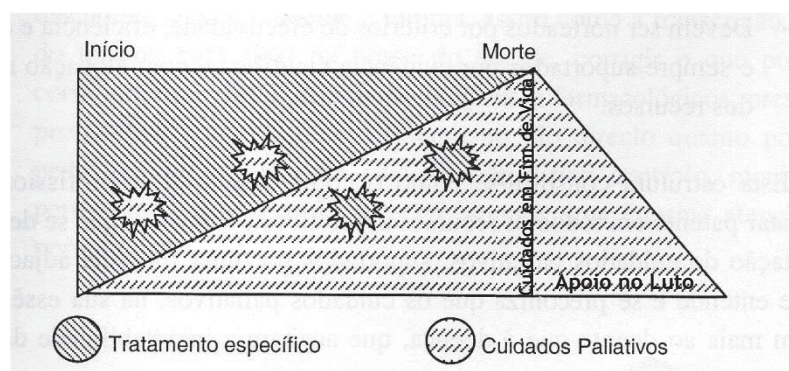


Figura 1 - Modelo Cooperativo com intervenção nas crises, adaptado de Capelas e Neto ⁽¹⁹⁾

Tal como descrito anteriormente e ilustrado na figura anterior, podemos ver que os CP se iniciam ao mesmo tempo que os tratamentos específicos, ou seja no momento do diagnóstico de doença, como o preconiza a definição da OMS em 2002, que refere que os CP devem ser parte integrante de todo o processo de doença, em articulação com as restantes áreas de intervenção e níveis de assistência, uma vez que só complementando estes dois tipos de cuidados se pode dar ao doente uma melhor qualidade de vida, bem como aliviar o sofrimento deste e da sua família. ^(19,21)

Este é o modelo de prestação de cuidados utilizado na UCP do HL, tendo sido realizado e publicado um estudo de caso acerca do mesmo, pela coordenadora clínica em conjunto com outros elementos da equipa multidisciplinar. ⁽²²⁾

Ao longo de toda a PC tive oportunidade de observar a aplicação do modelo apresentado uma vez que, era prática quase diária a intervenção da equipa de CP em outros serviços do HL bem como, dentro da própria unidade havia frequentemente a necessidade de partilha e troca de conhecimentos entre a equipa para clientes da UCC que tinham necessidade de intervenção na área dos CP. Chegou mesmo a acontecer algumas vezes após discussão com a família e clientes, acerca dos objetivos do tratamento, estes passaram da UCC para a UCP. Havia uma constante articulação entre a equipa da UCP nomeadamente da parte médica com outras equipas do mesmo hospital como era o caso dos serviços de AMP, cirurgia, medicina e oncologia.

Neste período pude constatar que ainda há profissionais de saúde que têm dificuldade em aceitar a intervenção dos CP mesmo quando há procura, deste tipo de intervenção, por parte dos clientes e família. Numa situação específica que ocorreu no

serviço, um médico de uma determinada especialidade, teve dificuldade em aceitar a intervenção dos CP no controlo sintomático de uma cliente, sendo que este tipo de atitudes põe em causa a qualidade de vida da mesma.

Assim, verifiquei que o modelo de intervenção das crises, é utilizado como prática diária nos serviços de CP, mas não tão facilmente por profissionais de saúde de outras áreas da medicina, nomeadamente médicos.

O correto seria que na altura do anúncio do diagnóstico de uma doença grave, fosse aceite em simultâneo e apresentada aos clientes e famílias a existência dos CP de forma a que ao longo de todo o processo de doença, existisse um acompanhamento individualizado, por uma equipa multidisciplinar, de maneira a que o cliente e família, conseguissem atravessar as inúmeras situações de crise, com que se vão deparando ao longo do chamado período curativo da doença, podendo assim contar com toda a ajuda necessária.

O que me leva a pensar que, ao longo de tratamentos exaustivos, aos quais alguns doentes são submetidos na fase curativa da doença, vão aparecendo inevitavelmente alguns efeitos secundários indesejáveis e algumas contrariedades que podiam ser minimizados com a intervenção dos CP desde o período inicial.

Certamente existem muitos doentes que têm inúmeros efeitos secundários, causadores de sofrimento, que deveriam ser evitados através de prescrição antecipatória de medicação direcionada para um certo sintoma previsível de ocorrer e isto não se verifica porque ainda há pessoas, incluindo profissionais de saúde, que associam os CP a cuidados em fim de vida, pressupondo erradamente a sua necessidade apenas quando se aproxima o momento da morte dos doentes.

Parte II - Competências adquiridas nas áreas chave dos Cuidados Paliativos

A parte II deste relatório é constituída por dois capítulos. O primeiro capítulo faz referência aos objetivos, aos quais me propus, para a aquisição de competências a atingir para a obtenção do grau de mestre, fazendo referências às atividades realizadas para a sua concretização. O segundo capítulo aprofunda as áreas-chave sobre as quais se baseiam os CP, onde é realizada uma abordagem teórica das mesmas, devidamente fundamentada com a bibliografia existente e privilegiando a utilização de casos clínicos específicos que ocorreram durante o período de PC sempre que estes me pareçam adequados. No final de cada exposição uma pequena reflexão crítica, onde tento comparar a realidade teórica com a realidade que encontrei ao longo da componente prática do mestrado.

5. Competências, objetivos e atividades realizadas

A concretização dos objetivos gerais e específicos bem como as respetivas atividades foram definidos prevendo a aquisição das seguintes competências enunciadas na Adenda ao Regulamento do Mestrado em CP:

- Integrar os princípios e a filosofia dos 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 consultora no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade;
- Avaliar e controlar necessidades psicossociais e espirituais dos pacientes e família;
- Analisar em profundidade e atuar como consultora em aspetos éticos, legais e culturais inerentes aos CP;
- Comunicar de forma terapêutica com o paciente, familiares e equipa de saúde;
- Implementar programas de luto para pacientes e familiares;
- Implementar, avaliar e monitorizar planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da equipa de CP;
- Promover programas de formação em CP para diferentes profissionais de saúde;
- Estruturar e implementar programas em CP;
- Avaliar a qualidade dos serviços e programas implementados.

5.1. Objetivos Gerais

Compreender e aplicar os valores e princípios dos CP na minha prática assistencial.

Ao longo do período de PC e realização deste relatório, revi e aprofundei os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da componente teórica do 1º ano do Mestrado, no que se refere aos princípios-chave dos CP e sua implementação.

Aceitei a morte como um processo natural e inevitável, a doença como causadora de situações de crise e sofrimento que deve ser minorado.

Respeitei o cliente e família e personalizei os cuidados prestados através da realização da planificação e execução de cuidados únicos e individualizados.

Reconheci que o sofrimento e medo da morte devem ser objeto de cuidados e que na fase final da vida os doentes necessitam de encarar momentos de reconciliação pessoal e com os outros.

Abordei o sofrimento do doente em todas as suas formas: física, psicológica e espiritual procurando o apoio necessário no seio da equipa multidisciplinar.

Rejeitei procedimentos desnecessários que não contribuía para o bem-estar do doente, neguei a obstinação terapêutica e diagnóstica, a hospitalização desnecessária e outros fatores que tivessem como intuito antecipar ou atrasar a morte do doente, ou aumentar o seu sofrimento.

Proporcionei através dos meios ao meu alcance o bem-estar dos doentes, famílias, de forma a ajudá-los a viver tão intensamente quanto possível até ao fim.

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.

Nas duas primeiras semanas de PC pratiquei uma observação participante de maneira a conseguir acompanhar os procedimentos e atuação da equipa multidisciplinar sendo que após este período a Enf.^a C.M. atribuiu-me clientes próprios, aumentando assim progressivamente a minha responsabilidade pela prestação de cuidados até que no final do estágio estava autónoma com a totalidade de clientes atribuídos à Enf.^a C.M. contando sempre com seu apoio e supervisão.

Tentei estabelecer ao longo das 5 semanas relações empáticas e/ou terapêuticas com os clientes e respetivas famílias, de forma a contribuir para um ambiente calmo e de segurança e a poder obter expressões e sentimentos espontâneos e verdadeiros.

Participei juntamente com a Enf.^a C.M., diretora clínica da UCP e restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de planos de cuidados individualizados, tendo sempre em conta as necessidades do binómio cliente/família.

Avaliei nos clientes sintomas descontrolados, tendo em conta a intensidade e prioridades para o cliente, com base nos conhecimentos científicos adquiridos ao longo da componente teórica do mestrado, conhecimento dos clientes e ajuda da Enf.^a C.M.

Identifiquei nos clientes sintomas descontrolados, desenvolvi estratégias de tratamento farmacológico e não farmacológico para alívio sintomático.

Coloquei acessos subcutâneos (ASC) para hidratação e administração de terapêutica.

Coloquei acessos venosos periféricos (AVP) para administração de soroterapia e terapêutica.

Avaliei o grau de dependência e as necessidades do cliente terminal, cuidadores e familiares.

Identifiquei de forma a antecipar situações de agudização agindo em conformidade e conhecimento de toda a equipa e protocolos existentes na UCP do HL.

Respeitei e preservei a dignidade dos clientes de maneira a promover a autonomia, maximizando assim a qualidade de vida, por consequência reduzindo o sofrimento e respeitando sempre que possível as escolhas do próprio.

Colaborei com a equipa multidisciplinar, mais frequentemente com a equipa médica e Enf.^a C.M. na realização de CF periódicas de forma a promover a comunicação de informação clínica, definindo objetivos de cuidados sempre privilegiando a tomada de decisões conjuntas equipa/cliente/família.

Colaborei no processo de luto e identifiquei em alguns casos elementos da família potencialmente vulneráveis de desenvolver situações de luto difícil ou patológico.

Registei os cuidados prestados ao cliente e família em sistema *Soarian*, de forma a garantir a continuidade dos cuidados prestados.

Demonstrar a capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática dos CP

Tive oportunidade de refletir em conjunto com a equipa circunstâncias que ao longo da PC puderam suscitar dilemas éticos.

Colaborei com a equipa multidisciplinar nos processos de tomadas de decisão tendo sempre em conta os princípios, normas e valores éticos e deontológicos da profissão.

Respeitei os princípios fundamentais da bioética: Justiça, Autonomia, Beneficência e Não-Maleficência.

Mostrei disponibilidade para colmatar as necessidades apresentadas pela equipa de CP do HL, nomeadamente a nível formativo, não tendo, contudo, realizado nenhuma ação de formação uma vez que o meu período de PC decorreu em simultâneo com a presença de 5 internos de medicina no serviço sendo que, as reuniões existentes semanalmente já estavam destinadas à apresentação por parte dos mesmos de

revisões sistemáticas da literatura ou debates acerca de artigos de temas relevantes para o serviço.

Desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes equipas de CP, em regime de internamento ou de apoio domiciliário

Observei ao longo de todo o período de PC a dinâmica da equipa de CP na qual me encontrei inserida ao longo de 5 semanas, realizei cuidados de enfermagem que me foram propostos ou que pedi para realizar por minha iniciativa sempre em colaboração com a restante equipa multidisciplinar e supervisão da Enf.^a C.M.

Participei ativamente em todos os cuidados e nos diferentes contextos, não limitei a prestação de cuidados aos clientes da UCP, quando distribuídos à Enf.^a C.M. clientes da UCC colaborei de igual modo na prestação dos mesmos.

Apliquei e desenvolvi sempre que possível os conhecimentos que tinha adquirido ao longo da componente teórica do MCP, procurei sempre que possível aperfeiçoar estratégias de comunicação, trabalho de equipa, relação terapêutica, apoio à família e controlo de sintomas valorizando os conhecimentos e partilhas de experiências de todos os elementos da equipa multidisciplinar.

Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de estágio clínico, mediante a elaboração de um relatório final e da construção de um plano de implementação de uma equipa de CP

Registei os aspetos a aperfeiçoar, no que se refere à prática assistencial e todos aqueles que contribuíram para a aquisição de competências compostas, como consta neste RPC.

Elaborei um relatório de estágio onde constam as atividades por mim realizadas e a implementação de um projeto de intervenção na área dos CP.

5.2. Objetivos Específicos

Implementação do uso de escalas de avaliação para controlo da dor no doente que não comunica, para aplicação no serviço de origem

Realizei uma sessão de formação em serviço para a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Continuados Integrados onde exerço funções, que teve lugar no dia 22 de Junho de 2016 pelas 14h30 na sala de reuniões da instituição, com base no plano de formação previamente realizado no âmbito da unidade curricular de pedagogia, inserida na componente teórica do mestrado, subordinada ao tema "Avaliação e controlo da Dor no Doente que não Comunica".

Revi a literatura de referência e recente acerca do tema em questão de forma a aprofundar conhecimentos e a utilizar na formação documentação recente acerca do tema.

Recuperei um protocolo já existente na instituição, subordinado ao tema em questão, apresentei-o a toda a equipa explicando o seu funcionamento para que seja utilizado de maneira universal por todos os elementos da equipa multidisciplinar.

Obtive a concordância da equipa de modo a adequarmos as escalas de avaliação da dor às necessidades dos doentes.

Avaliei a Formação em Serviço, bem como o meu desempenho enquanto formadora através de inquérito individual a todos os participantes na mesma.

Discuti com os colegas da equipa de enfermagem em passagens de turno casos clínicos que beneficiaram da utilização da escala de avaliação comportamental da dor.

Avaliei à posteriori através de correio eletrónico enviado a todos os participantes na formação em serviço, a mudança das práticas profissionais que ocorreram após a formação, em relação ao tema abordado.

6. Reflexão sobre a aquisição de competências

Neste capítulo do RPC pretendo demonstrar a aquisição de competências, nas áreas chave, ou pilares, nos quais assentam os CP.

Os CP são uma filosofia que tem vindo a ser desenvolvida de maneira progressiva, sendo atualmente vista como um direito humano. São cuidados de saúde rigorosos e humanizados, destinados a intervir ativamente no sofrimento dos doentes, que se encontrem em estado avançado de doença, ou que possuam uma doença incurável e/ou muito grave e junto das suas famílias com o objetivo de proporcionar dignidade, a máxima qualidade de vida possível, não permitindo que o sofrimento se torne insuportável, aceitando a morte como algo inevitável, não a provocando e não prolongando o sofrimento à custa de tratamentos desnecessários e não desejados pelo doente. ^(2,5,23)

Na sociedade em que nos encontramos inseridos as pessoas vivem mais tempo, ou então morrem vítimas de doenças crónicas, incuráveis. Em qualquer um dos casos os serviços de saúde têm de estar aptos para cuidar das pessoas até ao instante da morte. Ao contrário do que muita gente pensa, CP não são apenas prestados nos últimos instantes da vida, como já foi referenciado no capítulo anterior, estes devem marcar presença desde o momento que é conhecida a presença de uma doença grave e/ou incurável, da mesma maneira que nos nossos idosos, com o evoluir da idade perdem autonomia, necessitando assim de ajuda de profissionais que acabam por, em grande parte das vezes, prolongar-lhes a vida a todo o custo, com recurso a técnicas invasivas e dolorosas que não são promotoras de qualidade de vida.

É neste sentido que é cada vez mais importante a formação nesta área chave de cuidados, para que possamos no seio dos nossos serviços incentivar à prestação de cuidados de qualidade, baseados numa filosofia que tem como principal objetivo, independentemente do estado em que a pessoa se encontra, de proporcionar bem-

estar e conforto. Para prestar CP é necessário uma abordagem específica, fundamentada por diversos autores que se dedicaram a esta causa por uma melhoria nos cuidados e um aumento da qualidade de vida das pessoas.

A abordagem dos CP assenta em quatro áreas chave, ou grandes pilares de igual importância e valorização: **controlo dos sintomas, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa.** ⁽²¹⁾

Cuidar o doente em toda a sua plenitude envolve a necessidade de estarmos atentos a tudo o que possa perturbar a estabilidade do mesmo. É primordial que o doente se sinta o mais confortável possível a fim de obter a qualidade de vida desejada, o que só pode acontecer se houver um controlo eficaz da sintomatologia, um pequeno descontrolo é o suficiente para por em causa todo o trabalho desenvolvido e enquanto profissionais de saúde, perdermos a confiança do binómio doente/família. Uma boa prestação de cuidados implica transmissão de informação, de forma adequada, sendo que, a comunicação com o doente deve ser aprimorada pois é através dela que se estabelece uma boa relação terapêutica, a base dos nossos cuidados. Contudo não podemos esquecer que o doente não está só, todo o ambiente que o rodeia tende a estar perturbado em situação de doença, sendo, portanto, essencial não restringirmos os nossos cuidados ao doente, mas alargá-los também à sua família que apesar de não estar doente fisicamente está em sofrimento por ver o seu ente querido na situação em que ele se encontra. Isto só pode ser concretizado se tivermos um trabalho estruturado e uma boa equipa, com profissionais intervenientes em várias áreas, que estejam aptos a intervir de forma sólida junto do doente e sua família.

É necessário realizar uma intervenção personalizada e adaptada a cada caso que passa por saber controlar os inúmeros sintomas que possam surgir, utilizando para isso todos os meios necessários que estiverem ao nosso alcance. Comunicar de forma adequada com o doente a sua família com recurso a estratégias de promoção de dignidade. Prestar o apoio necessário à família de maneira a conseguir detetar problemas e necessidades, valorizando sempre as suas mais-valias, ajudando-os a lidar com as situações de crise e perdas que vão ocorrendo antes e depois da morte do doente. Saber trabalhar em equipa multidisciplinar de modo a integrar o trabalho de todos, devidamente treinados, para dar resposta às necessidades dos doentes e família. ⁽²³⁾

Estes quatro pilares funcionam como uma unidade, na prestação de CP se um dos pilares for esquecido, ou se sobrepuser ao outro, conduzirá ao insucesso dos cuidados prestados. ⁽²⁴⁾

6.1. Controlo dos Sintomas

O controlo de sintomas passa por saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem ao longo das várias fases da doença e que têm repercussões diretas sobre o bem-estar do doente, numa estratégia multimodal. ⁽²⁵⁾

Um sintoma é uma alteração que a pessoa sente no seu próprio corpo, quando é desagradável pode causar distúrbios no dia a dia, fazendo com que a situação de doença se torne mais difícil de suportar, por estar a manifestar-se negativamente na vida da pessoa. É fulcral em CP haver um conhecimento prévio das situações que possam vir a perturbar o bem-estar e conforto dos doentes para que assim possamos intervir de forma adequada utilizando os meios que estiverem ao nosso alcance para contrariar o desconforto causado.

Existem vários princípios a ter em conta no controlo sintomático dos quais destaco os seguintes: avaliação, explicação, controlo, observação e atenção aos pormenores. ⁽⁴⁾

A avaliação no descontrolo sintomático implica um diagnóstico correto de cada alteração antes do tratamento. Os sintomas podem ser causados por diversos fatores que têm de ser tidos em conta com a colocação de questões frequentes aos doentes. Em CP não podemos esperar que o doente se queixe, é necessário perguntar e observar pois, em alguns casos são os próprios doentes a descuidar determinados sintomas por terem um ou outro que os afeta mais. ^(4,25)

O nosso trabalho como profissionais de saúde em CP passa por questionar regularmente para assim podermos fazer uma correta avaliação do que pode estar a causar determinada alteração negativa na vida do doente, do mesmo modo que temos de saber antecipar o que poderá vir a ocorrer tendo em conta a anamnese de cada doente. ⁽²⁵⁾

A explicação passa por justificar perante o doente a razão pela qual está a ter determinada sintomatologia, através de palavras simples e termos descomplicados de maneira que estes se tornem perceptíveis para o doente e família, o ideal seria que no final da explicação o doente, em sintonia com o médico, decidisse quais as medidas a implementar. ⁽⁴⁾

Passamos assim para a fase seguinte, o tratamento que em CP implica medidas específicas para determinadas situações que não sejam penosas para os doentes, o recurso a tratamentos não farmacológicos assume primordial importância, para poder complementar os farmacológicos já implementados, os fármacos devem ser administrados regularmente, na presença de determinado sintoma, não podemos deixar que o doente sofra, se anteriormente fizemos uma correta avaliação e estamos perante um sintoma descontrolado. ⁽⁴⁾

Após a implementação do tratamento tem de ser feita uma contínua monitorização, para efetuar ajustes aos tratamentos implementados, se estes se mostrarem necessários, utilizando para isso instrumentos de medida estandardizados e com recurso a métodos de registo adequados. ⁽²⁵⁾

Por último, mas com extrema importância para um controlo sintomático eficaz temos de ter atenção aos pormenores em todas as fases do mesmo, ao otimizarmos o controlo sintomático estamos a minimizar, os efeitos secundários adversos, das terapêuticas instituídas. ⁽²⁵⁾ É nesta atenção rigorosa que se faz a diferença em CP, é

fundamental manter esta postura para estabelecer uma boa relação com o nosso doente e poder cuidar em plenitude. ⁽⁴⁾

Tal como já foi referido anteriormente, não devemos esperar que o doente se queixe, é fundamental para obter um bom controlo sintomático perguntar e observar, antecipar tanto quanto possível, o aparecimento de um sintoma que pode ser previsível, num dado contexto clínico. ⁽²⁵⁾

Para a correta monitorização dos sintomas existem escalas de avaliação dos mesmos, que devem ser aplicadas ao doente regularmente. No serviço onde realizei a minha prática clínica é utilizada a escala de sintomas de Edmonton. (Anexo I)

Não era utilizada diariamente, a equipa da UCP do HL é constituída maioritariamente por profissionais com formação avançada na área e uma vasta experiência profissional, sendo que, estava muito desperta para as alterações que pudessem ocorrer com os clientes. Quando se tornava indispensável a sua utilização e avaliação regular era escrito na folha de passagem de turno do cliente em questão de modo a que fosse realizada periodicamente.

Apesar de não ser relevante nesta parte específica do relatório, torna-se, no entanto, importante salientar que na UCP do HL eram aplicadas semanalmente a todos os clientes, as escalas de *Braden*, *Barthel* e *Morse*, por ser um critério de qualidade no serviço.

Em CP os principais sintomas identificados como passíveis de sofrerem descontrolo, facilmente identificáveis através da utilização da escala de sintomas acima referida, são: a dor, o cansaço, as náuseas, a depressão, a ansiedade, a sonolência, a falta de apetite, o bem-estar, a falta de ar e um outro sintoma à escolha, adaptado ao doente a quem é aplicada a escala e que possa estar descontrolado como a xerostomia, a sialorreia, diarreia, entre outros.

Todos os sintomas são importantes e como tal devem ser controlados ao longo de toda a doença, de modo a permitir o máximo bem-estar e conforto para o doente e família. Em algumas doenças uns sintomas vão ser mais presentes que outros, tornando-se fundamental o conhecimento prévio das mesmas, para que assim possamos intervir ao mínimo descontrolo.

No âmbito deste trabalho destaco entre os inúmeros sintomas possíveis, aqueles que mais frequentemente identifiquei ao longo da PC e com os quais lido diariamente.

6.1.1. Dor

A dor surge como número um dos sintomas, é definida como “um fenómeno neurológico complexo” ⁽²⁶⁾ e que de acordo com a *International Association for the Study of Pain* (ISPA), “é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas também um componente emocional, que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.” ⁽²⁷⁾

Em Portugal foi concebido em 2001 o Plano Nacional de Luta Contra a Dor e com ele estão a ser criadas, Unidades de Dor em hospitais de todo o País. A 14/06/2003, através da Circular Normativa Nº 09/DGCG, a dor surge com o 5º sinal vital o que implica, segundo a mesma norma o registo regular da intensidade da dor nos doentes. (Anexo II)

O controlo eficaz da dor é um direito dos doentes que dela padecem, um dever dos profissionais de saúde e um passo fundamental na humanização das unidades de saúde. Atualmente existem inúmeros tratamentos para aliviar este sintoma, não se pode desleixar a sua implementação, temos de impedir com os meios disponíveis ao nosso alcance, que o doente tenha dor a fim de evitar sofrimento desnecessário que pode ser previamente controlado.

Pode ser avaliada em relação à sua duração, intensidade ou etiologia. A avaliação pressupõe utilização de instrumentos de avaliação adaptados aos doentes sendo que a perceção e a expressão da dor podem variar na mesma pessoa ou de pessoa para pessoa de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo saúde/doença e o contexto em que se encontra inserida.

Segundo a Circular Normativa Nº 09/DGCG “a avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem de ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.”⁽²⁸⁾

Existem inúmeras escalas de avaliação da dor adaptadas a diversos tipos de doentes, as escalas de autoavaliação e heteroavaliação. As escalas de autoavaliação são utilizadas quando o doente tem capacidade para quantificar a sua dor, enquanto que as escalas de heteroavaliação se baseiam numa observação por parte dos profissionais de saúde das alterações comportamentais que surgem no doente e que podem ser indicadores de dor.

É importante definir procedimentos a adotar para a avaliação deste sintoma, que passam pela identificação das causas potenciais e das patologias ou procedimentos que possam causar dor e a prova analgésica. A prova analgésica é a administração de terapêutica direcionada para a dor, quando estamos perante um caso que suscita dúvidas aos profissionais de saúde, bastante utilizada no caso dos doentes que não comunicam. A presença de dor é confirmada se houver alterações comportamentais após a administração de determinado fármaco.

O tratamento deste sintoma passa pela administração de terapêutica adequada – farmacológico – ou não farmacológico, com recurso a valências existentes no seio de uma equipa multidisciplinar em CP, como é o caso da fisioterapia e da psicoterapia.

Dentro do tratamento farmacológico para alívio da dor, esta deve ser tratada através da administração de fármacos analgésicos, opióides e não opióides e tratamento adjuvante para alívio da mesma sendo que a prescrição das doses deve ser discutida em equipa multidisciplinar, cabendo ao médico a sua prescrição de acordo com as

recomendações da OMS respeitando a escada analgésica. Esta última define que a utilização de fármacos deve ser devidamente titulada degrau a degrau.

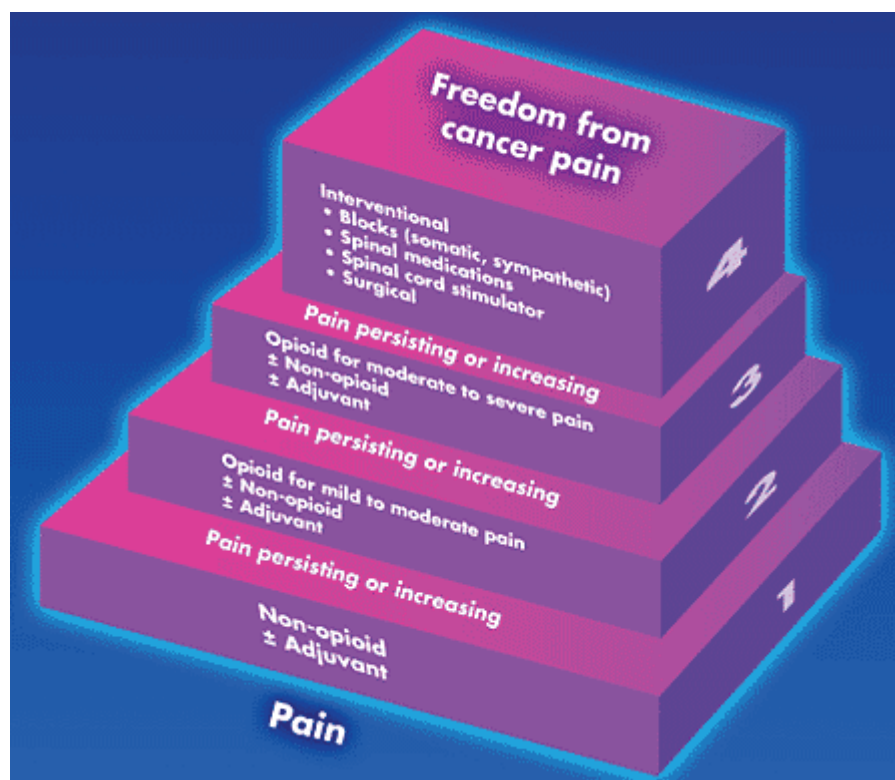


Figura 2 - Modified "analgesic ladder" for cancer pain, including interventional management. Adapted from World Health Organization. ⁽²⁹⁾

Existem várias vias de administração de analgésicos, importa salientar que sempre que disponível a via oral é a privilegiada, sendo que em CP por inviabilidade da mesma é frequentemente utilizada, a via subcutânea, por ser uma via eficaz, segura e pouco agressiva para os doentes. ^(4,30)

A via subcutânea é bastante utilizada em CP porque apesar de ser uma técnica invasiva é pouco dolorosa e desconfortável, não tem necessidade de grande manutenção e permite para além da hidratação do doente, no caso de esta ser necessária, a administração de fármacos que controlam a dor e outros sintomas que possam existir. É normalmente bem tolerada pelos doentes e fácil de executar em qualquer serviço de saúde.

6.1.2. Fadiga ou Astenia

Designa-se este sintoma como a ausência ou perda de força, aparecendo associada ao cancro em cerca de 60% a 90% dos casos. Na doença terminal pode ter várias etiologias podendo ser outras doenças, alterações bioquímicas e hematológicas ou até ser induzida pelo próprio tratamento. ^(31,32,33)

Esta sensação subjetiva de cansaço, fraqueza, perda de forças ou exaustão que afeta o corpo, as emoções e o funcionamento mental pode persistir durante várias semanas e é interpretado pelo doente como sensação anormal, uma vez que não é proporcional ao esforço físico e/ou mental que este realiza. ^(32,33)

É de uma maneira geral um sintoma subjetivo e inespecífico de exaustão podendo ser física ou psíquica, é importante distinguir a fadiga como dado fisiológico que acompanha o esforço físico e mental, da fadiga psicológica. Pode ser associada a inúmeras alterações tais como o processo infeccioso. ⁽³¹⁾

Em CP a fadiga e a astenia estão muitas vezes associadas ao estado de nutrição do doente, um doente com anorexia é um doente essencialmente mais debilitado o que conduz a um estado de maior fadiga e astenia que, um outro doente que mantenha ao longo de todo o processo de doença um peso ideal e uma alimentação equilibrada, na grande maioria dos casos é difícil esta manutenção.

É fundamental em CP tentar descobrir as causas da fadiga/astenia, informar o doente e sua família, bem como ajudar a compreender e aceitar os sintomas a ela associados. ⁽³¹⁾ É necessário a introdução de medidas gerais, que passam por esclarecer e educar o doente, escutar os receios dos familiares, adaptar as atividades de vida diária (AVD's), fornecer os instrumentos necessários à autonomia do doente, evitar perdas de energia desnecessárias, proceder à alteração terapêutica de fármacos que possa estar a interferir com a perda de energia, corrigir as causas passíveis de melhorar e minorar os sintomas e estimular a participação em atividades agradáveis, tais como a aromaterapia e massagem, entre outras. ^(31,32)

O tratamento da fadiga passa também pela introdução de medidas farmacológicas como psicostimulantes, antidepressivos, corticosteroides, entre outros. ^(32,33)

Em CP não é considerado como tratamento o desaparecimento total da astenia e fadiga, é, contudo, importante obter melhorias que possam parecer mínimas, mas suficientes para que este sintoma se torne menos relevante para o doente. ⁽³¹⁾

6.1.3. Náuseas e Vômitos

A náusea é descrita como uma sensação desagradável da necessidade de vomitar, que é frequentemente acompanhada por alterações ao nível do sistema nervoso autónomo, tais como a palidez, suores frios e taquicardia. É um sintoma muito comum em CP, sendo que, mais uma vez, a sua prevalência é mais incidente nos doentes oncológicos. O vômito por sua vez é um sinal que consiste na eliminação forçada do conteúdo gástrico pela boca. ^(4,34)

Como em todos os sintomas, é fundamental a identificação das causas mais prováveis, através de uma correta avaliação, pois delas depende o tratamento a ser implementado de forma a reduzir o desconforto causado por este sintoma. ⁽⁴⁾

De entre as inúmeras causas responsáveis pelo aparecimento deste sintoma destacam-se em CP aquelas que são mais pertinentes que são as náuseas associadas ao tratamento farmacológico por opióides e à obstrução intestinal. (34)

É um sintoma subjetivo e o seu relato difere de doente para doente, razão pela qual a sua avaliação deve ser sistemática e contínua. É proposta em CP a seguinte abordagem: caracterizar o episódio de náuseas e vômitos, associar o aparecimento do mesmo com outros sintomas que possam estar alterados, fazer uma anamnese da história clínica do doente de modo a determinar a etiologia e por último reavaliar. (34)

Após a correta avaliação dos doentes, é primordial proceder à identificação da origem das náuseas. Estas podem ter origem no sistema nervoso central ou em áreas periféricas, como é o caso de órgãos do sistema digestivo ou sistema nervoso autónomo. Existem para este sintoma inúmeros tratamentos, os antieméticos que têm afinidade para certos recetores, sendo que, cada um deles é direcionado para um determinado local de ação. Para além dos antieméticos existem outros medicamentos que podem ser introduzidos no controlo deste sintoma, como é o exemplo das benzodiazepinas introduzidas para a redução da ansiedade associada à presença de náuseas e vômitos.

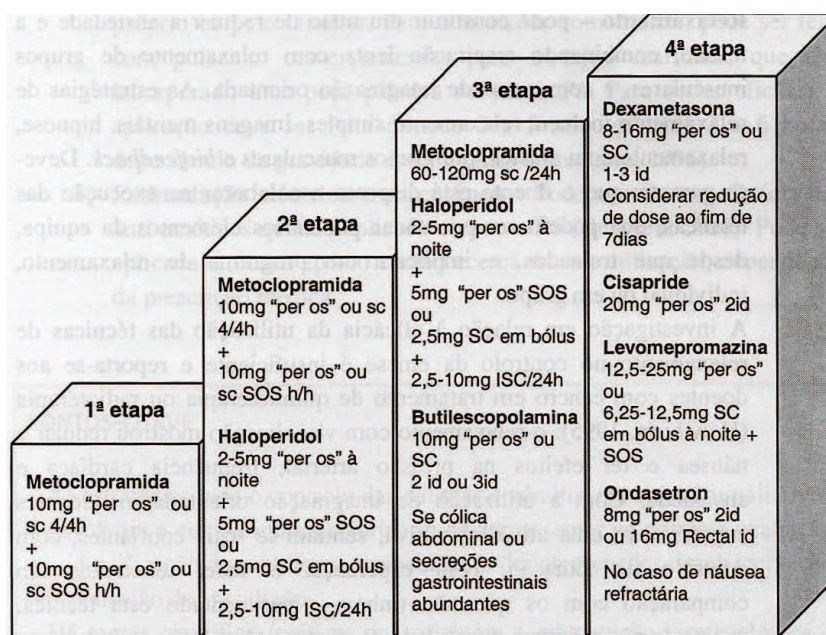


Figura 3 - Proposta de orientações farmacológicas no tratamento de náuseas/vômitos (34)

6.1.4. Depressão e Ansiedade

A existência de sintomas psicológicos é muito comum nos doentes e os que se destacam como mais frequentes são a depressão e a ansiedade. (35)

Considera-se como normal o fato que numa situação de doença os doentes tendem a perder o ânimo e a vontade de continuar, em CP o controlo destes sintomas é fulcral uma vez que manter estes sintomas descontrolados pode levar a que a pessoa entre

num processo depressivo grave que venha a por em causa todos os cuidados e naturalmente o seu conforto.

A depressão é um sentimento patológico de tristeza, caracterizada pelo desânimo, a perda de interesse e de prazer para executar aquilo que se fazia anteriormente ao estado de doença. ⁽³⁵⁾

Como principais sintomas da depressão, os autores destacam os seguintes:

- Humor depressivo;
- Diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades;
- Acentuada perda ou ganho de peso;
- Insónia ou hipersónia;
- Agitação psicomotora ou apatia;
- Fadiga;
- Sentimento de culpa ou desvalorização;
- Dificuldade na concentração;
- Ideação suicida.

Como em todos os sintomas a depressão deve ser medicada, o tratamento farmacológico da depressão passa pela introdução de antidepressivos tricíclicos, ou de inibidores seletivos da recaptção de serotonina(SSRI), psicostimulantes e ansiolíticos. Esta introdução deve ser realizada de acordo com o prognóstico de vida do doente, uma vez que doentes com semanas ou dias de vida não beneficiam da introdução de antidepressivos triciclos ou de SSRI's por estes demorarem algumas semanas a surtir o efeito desejado.

É fundamental, na presença deste sintoma, avaliação e conseqüente intervenção de elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente psicólogos ou guias espirituais, de modo a realizarem psicoterapia de suporte, individual ou em grupo, técnicas de relaxamento e distração, escuta ativa ao doente e seus familiares, revisões de vida. ⁽³⁵⁾

A Ansiedade por sua vez é definida como sendo um estado físico que deriva da emoção do medo, provoca no corpo alterações físicas. É caracterizada e manifestada por:

- Tensão persistente ou incapacidade de relaxar;
- Preocupação permanente;
- Incapacidade de se concentrar;
- Indecisão;
- Insónia;
- Irritabilidade;
- Sudorese, tremor, náusea;
- Ataques de pânico.

Tem diversas causas, podem ser contextuais, no caso de adaptação à doença ou medo dos tratamentos, orgânicas, frequentemente associadas ao descontrolo de

sintomas, mas não só, psiquiátricas, como nos ataques de pânico e farmacológicas, associadas à introdução de terapêutica.

O tratamento farmacológico deste sintoma passa pela introdução de benzodiazepinas, antidepressivos e anti psicóticos. O tratamento não farmacológico passa pela correção daquilo que provoca ansiedade, pode ser corrigido através do apoio e disponibilidade, psicoterapias breves, terapia cognitivo-comportamental e se necessário com recurso a terapias complementares que provoquem bem-estar e distração na pessoa, como é o caso da aromoterapia, massagem e musicoterapia.

Apesar de ambas serem sintomas provocados por alterações do foro psicológico, com uma sobreposição de sintomatologia na maioria das vezes, é necessário efetuar um diagnóstico o mais correto possível de maneira a intervir no sintoma que efetivamente se encontra descontrolado.

6.1.5. Delirium

O *delirium* é um síndrome muito frequente e clinicamente importante pois é gerador de grande sofrimento e angústia quer para o doente e família, quer para os profissionais de saúde. É um distúrbio transitório da cognição e da atenção que provoca alterações no estado de consciência, de início agudo e flutuante altera a capacidade do doente para receber, processar armazenar e recordar informações. ^(4,36)

Perante um quadro de *delirium* a disfunção orgânica cerebral, leva a que o doente entre num estado confusional agudo, que vai não só alterar a comunicação, mas também o comportamento. Estas alterações a nível do comportamento são prejudiciais não só para o doente como para todos os que o rodeiam, tornando-se nocivos e desencadeando instabilidade que pode tornar-se prejudicial no âmbito da prestação de cuidados.

Os doentes com idade avançada, demências (ou outras patologias do SNC), que são diagnosticados com doenças graves, estão mais predispostos a desenvolver quadros associados a este sintoma.

Existem dois tipos de *delirium* o hiperativo e o hipoativo, o primeiro caracteriza-se pela presença de confusão, agitação, alucinações, mioclonias, hiperalgesia e hipersensibilidade a estímulos, enquanto o segundo é caracterizado por confusão, sonolência, prostração e letargia. ⁽³⁶⁾

Os objetivos do tratamento passam por tranquilizar o doente, recuperar sempre que possível a sua capacidade de comunicação, prevenir alterações do comportamento que possam afetar a pessoa e os outros, reduzir a desorientação e diminuir ao máximo a estimulação sensorial.

O tratamento procura proteger o doente de qualquer lesão e inclui um conjunto de medidas entre as quais identificar as causas de *delirium*, intervir sobre o comportamento do doente, melhorar o ambiente envolvente, apoiar a família e tratar

os sintomas. A nível farmacológico o tratamento passa pela introdução de neurolépticos e benzodiazepinas.

Em alguns casos os quadros de *delirium* são tão intensos que são um dos critérios para se iniciar uma sedação paliativa, com o objetivo de aliviar o sofrimento em que se encontram o doente e sua família através da reversão do quadro de agitação normalmente associado à presença deste sintoma.

A sedação paliativa tem como objetivo diminuir o estado de consciência do doente para aliviar sintomas descontrolados, realiza-se com recurso ao uso de benzodiazepinas, neurolépticos/antipsicóticos, barbitúricos e anestésicos locais, devidamente titulados e com bom conhecimento por parte do médico prescriptor. O doente por consequência vai ficar adormecido de forma contínua ou intermitente. Deve ser utilizada apenas como último recurso, a responsabilidade de iniciar uma sedação paliativa é decisão da equipa multidisciplinar, em alguns casos é um pedido do doente quando se encontra em sofrimento extremo, uma vez sedado a capacidade de manter a comunicação ativa fica inexistente. Esta situação é vista pela família como uma perceção de antecipação da morte, ou luto antecipado, pois deixam de poder interagir com o doente, no entanto este procedimento não tem o intuito nem de atrasar nem de avançar o instante da morte.

6.1.6. Anorexia

A anorexia é provavelmente o sintoma que provoca mais indignação junto dos familiares dos doentes que dela padecem.

É um fenómeno biopsicossocial, caracterizado pela ausência ou falta de apetite, podendo ou não se encontrar associada a uma saciedade precoce, resulta de alterações do olfato, paladar ou ao nível no hipotálamo. ⁽³⁷⁾

Se não for devidamente controlado este sintoma pode levar à caquexia que é um síndrome caracterizado por um severo estado de desnutrição, provocado pela diminuição da ingestão de alimentos e alterações metabólicas e hormonais que combina a perda de peso com a perda de proteína muscular e visceral. ⁽³⁸⁾

É manifestada por astenia e perda acentuada de peso e causa mal-estar psicológico quer ao doente, quer à sua família por estar associada à deterioração da saúde e consequentemente à morte.

No controlo sintomático é necessário identificar e se possível excluir todas as causas que possam impedir o doente de se alimentar corretamente como é o caso da xerostomia, sialorreia, disfagia.

Devem ser criadas condições para que os doentes tolerem, no caso de isto ser possível, as refeições através de técnicas não farmacológicas, maior numero de refeições, pequenas quantidades de cada vez, privilegiar alimentos com alto teor calórico e proteico, incentivar a família a participar na alimentação, fazer ensinamentos ao

doente e família. A introdução de medidas farmacológicas pode passar pela prescrição de fármacos antieméticos, estimulantes de apetite e corticosteroides.

O uso de nutrição entérica está indicado através da colocação e gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) sobretudo nos casos de doentes que têm um normal funcionamento do sistema gastrointestinal, mas são incapazes de se alimentar pela boca, se o período de sobrevivência do doente se calcula superior a 3 meses e estes se encontrem clinicamente estáveis. Por sua vez a nutrição parentérica está para alguns autores formalmente desaconselhada porque não demonstra melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Com o aproximar da morte, as necessidades nutricionais do doente vão sendo cada vez menores e este vai perder a vontade de se alimentar, o que causa transtorno no seio das famílias, é necessário saber explicar junto das mesmas que a necessidade de aporte calórico diminui e que se o doente não sente necessidade de ingerir alimentos devemos respeitá-lo. Esta situação torna-se muito complicada a nível cultural, porque quando confrontadas com ela as famílias tendem a exigir que os profissionais de saúde tomem medidas invasivas de forma a manter a alimentação ou hidratação nos doentes.

Em CP é justificável a introdução de hidratação por via subcutânea se esta se mostrar benéfica para o doente, por vezes o que é prática recorrente em determinados serviços é colocar-se um soro por exigência das famílias, por acharem que assim o doente não morre à fome, esta ideia deve ser desmistificada, mas é necessário que os próprios profissionais de saúde aceitem que não traz para o doente nenhum benefício, o que por vezes não acontece.

6.1.7. Dispneia

Este sintoma é descrito como uma sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória. É um dos sintomas que provoca mais angústia nos doentes e suas famílias. É muito frequente em doentes terminais, pode manifestar-se em qualquer altura, mas vai prevalecendo de forma mais evidente ao longo da progressão da doença. ⁽³⁹⁾

A falta de ar é descrita pelo doente como uma situação de sufoco, opressão que provoca um grande incómodo e faz com que a vida deste deixe de ser vivida em pleno por ter receio da manifestação deste sintoma.

Em CP para a gestão deste sintoma é necessário compreender as suas causas fisiopatológicas sendo que existem três componentes na fisiopatologia da dispneia: a componente do trabalho da respiração, a componente química e a componente neuro mecânica. ^(4,39)

No tratamento farmacológico da dispneia incluem-se os broncodilatadores, os anti muscarínicos, os corticoides, o O₂ (no caso de hipoxia e dispneia em repouso), os opióides, os ansiolíticos e os antidepressivos. O tratamento não farmacológico passa pela cinesiterapia respiratória, técnicas de relaxamento, ventilação mecânica não invasiva, suporte nutricional, yoga, entre outros.

Na UCP do HL, são em todos os clientes abordados os 4 pilares dos CP de modo a uma boa prestação de cuidados na área, no entanto neste ponto específico do relatório destaco uma cliente que teve oportunidade de acompanhar que desenvolveu um caso de *delirium* nos seus últimos dias de vida.

Caso clínico 1 – Sr.^a L., 89 anos.

História Clínica: A Sr.^a L. é uma cliente de raça caucasiana que dá entrada na UCC do HL a 23/03/2016, proveniente do serviço de AMP por descompensação cardíaca e respiratória, tinha como antecedentes clínicos ICC, FA, EAP. Conhecida no serviço tinha permanecido recentemente 10 dias por infeção respiratória aguda.

À entrada ansiosa, com dificuldade respiratória, ligeira HTA, apirética, edemas acentuados nos membros inferiores, reside numa Residência Sénior desde que o avançar da idade e a perda de autonomia foram notórios.

Situação Familiar: é viúva há cerca de 10 anos, reformada, farmacêutica de profissão. Tem uma única filha, presente no momento da admissão a Sr.^a M., que é casada com o Sr. J. e mãe de dois filhos, os netos da Sr.^a L., a Sr.^a J. que reside em Lisboa com o namorado e o Sr. P. que reside em Itália. A Sr.^a M. é também farmacêutica proprietária de duas farmácias na zona de Lisboa que anteriormente tinham pertencido à mãe.

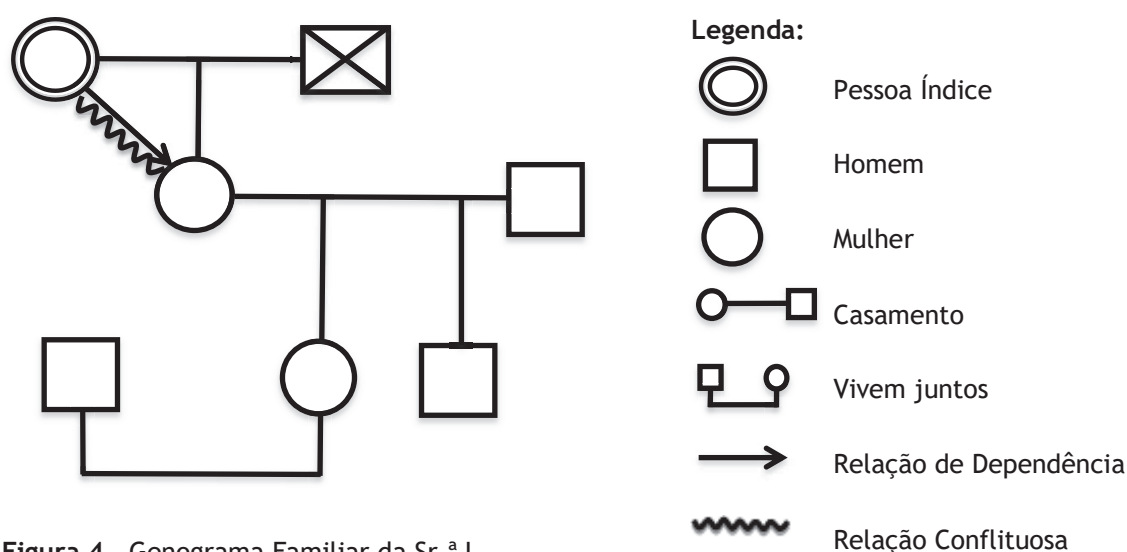


Figura 4 - Genograma Familiar da Sr.^a L.

Desenvolvimento: à entrada no serviço cliente ansiosa, comunicativa, consciente e aparentemente orientada. Com necessidade de ajuda parcial na realização das suas AVD's, apresentava cansaço fácil à mobilização e transferências. Com O₂ contínuo a 2l/min por óculos nasais. AVP no MSD colocado no AMP para realização de terapêutica. Usa fralda de proteção, é continente de esfíncteres. Tem via oral disponível, dado a ansiedade em que se encontra apresenta ligeira disfagia a líquidos. Apresenta edemas bastante acentuados nos membros inferiores e uns nódulos nos pés, identificados no internamento anterior como sinais de má perfusão periférica.

Filha Sr.^a M. presente, bastante ansiosa com a necessidade de transferência da mãe para o hospital, bastante apelativa pelo fato de a mãe ter sido colocada num quarto duplo, a cliente deu entrada na UCC pois era a única vaga disponível no serviço, assegurada pela equipa que seria transferida de quarto assim que as necessidades do serviço o permitissem. Dado o avançar da hora, cerca de 23h ausenta-se do serviço na companhia do marido, Sr. J. após se assegurar que a equipa lhe telefonaria se houvesse alguma alteração no estado clínico da mãe.

Após a saída da filha cliente notoriamente mais calma, na N de 24/03/2016 dorme por longos períodos, mantém edemas acentuados nos membros inferiores, mantém O₂ complementar a 2l/min que retira por períodos.

24/03/2016 (M). Não acompanhei a Sr.^a L. uma vez que se encontrava ainda na UCC e os clientes que estavam atribuídos à Enf.^a C.M. e a mim eram clientes da UCP. Pude consultar no sistema *Soarian* os registos descritivos efetuados pela equipa multidisciplinar onde destaco a realização de um ponto de situação (PS) com a filha da cliente onde esta insiste que a mãe deve ser transferida para um quarto individual porque não está bem ali, ao que a médica responsável responde que será transferida assim que o serviço permita. A cliente segundo registos encontra-se calma com períodos de ansiedade na presença da filha. Foram prestados os cuidados de higiene no WC com cadeira sanitária, apresenta cansaço fácil e dispneia a pequenos esforços, fez levante para cadeirão por curtos períodos que tolerou, alimentou-se por mão própria de metade da dieta prescrita (mole, hipossalina), mantém edemas acentuados nos MI apesar da elevação dos mesmos. Pude observar que a Sr.^a M. permaneceu na sala de espera do serviço ao longo de todo o turno.

Plano de Ação: manter vigilância sintomática, transferência para a UCP assim que possível, planear conferência familiar (CF).

24/03/2016 (T). A cliente foi transferida para a UCP, foi retirado O₂ contínuo por não apresentar sinais de dificuldade respiratória, contudo mantém períodos de ansiedade com dispneia associada. Prescrita pelos médicos do serviço medicação para a dispneia, morfina, em SOS e neuroléptico, haloperidol, em esquema. Trocado acesso venoso periférico por acesso subcutâneo, na região abdominal, para administração de terapêutica.

25/03/2016 (M). A cliente encontra-se mais prostrada de com alguns períodos confusionais, mantém administração de neuroléptico em esquema com efeito, não realiza levante este dia por se encontrar mais debilitada. Mantém via oral disponível com alguma disfagia a líquidos.

A filha da cliente alterna períodos no quarto com outros na sala de estar, quando abordada conseguimos perceber que a mãe não aceita a sua presença no quarto, feito ponto de situação onde é explicado que a mãe se encontra numa fase de alguma confusão. A Sr.^a M. faz referência à atitude possessiva da mãe ao longo de toda a sua vida e que apesar de contrariada, esta continuará como respeitadora das vontades da cliente e permanecerá na sala de estar, se for esse o seu desejo. Valorizada a presença

e atitude, parece aceitar a situação, mas há momentos em que a Sr.^a M., ansiosa, entra e sai do quarto da mãe procurando auxílio na equipa de enfermagem, referindo que a cliente se encontra muito queixosa.

À nossa avaliação a cliente está calma e descansa por períodos.

Mantém via oral disponível, embora necessite de ajuda parcial na alimentação, apresenta controlo de esfíncteres solicitando a arrastadeira, foram alternados decúbitos no leito. Mantém ASC na região abdominal para administração de terapêutica.

25/03/2016 (T). A cliente encontra-se agitada, administrado neuroléptico em esquema cerca das 17h com algum efeito, contudo cerca das 18h bate nas grades do quarto e grita segundo a mesma porque tem falta de ar, não havendo sinais de dificuldades respiratória é realizada prova terapêutica com administração de morfina, SOS prescrito para a dispneia, sem efeito, mantém agitação psicomotora e períodos confusionais potenciados com a presença da filha no quarto, há necessidade de refazer a terapêutica (neuroléptico).

A cliente acaba por se acalmar, é identificada a filha como elemento perturbador, na presença da neta e do genro mantém-se calma. Explicado novamente à filha que a mãe se encontra na perda de algumas das suas capacidades, mantém discurso que a cliente sempre teve uma atitude possessiva, inclusive em confiança a Sr.^a M. refere-nos que era a melhor aluna da turma em letras, mas não pode seguir o seu sonho de uma carreira na área da filosofia porque a mãe a obrigou a ir para farmácia. A filha da cliente é aconselhada por mim e pela Enf.^a C.M. a ficar na sala de estar até a mãe se encontrar mais coerente uma vez que a situação é de enorme sofrimento para ambas, visto que recusa ausentar-se do serviço.

A cliente encontra-se mais calma, descansa tranquilamente, razão pela qual não é fornecido o jantar, a filha deixa o serviço cerca das 22h.

26/03/2016 (N). A cliente dorme por curtos períodos em alternância com outros de maior agitação psicomotora, administrado neuroléptico em SOS com efeito. Alternados decúbitos no leito. Urinou na fralda e não evacuou.

26/03/2016 (M). A filha da cliente contata o serviço no início do turno para dizer que a mãe lhe telefonou com discurso incoerente. Tranquilizada a filha telefonicamente explicado que a cliente mantém alguns períodos confusionais que iríamos avaliar e agir em conformidade, a Sr.^a M. chega ao serviço alguns instantes depois, inquieta.

A cliente mantém períodos confusionais que revertem após terapêutica em esquema, contudo houve necessidade de serem aumentadas as doses de neuroléptico por estar a acontecer sucessivamente recurso a SOS.

Efetuada uma correta avaliação diária deste sintoma as doses de neuroléptico, neste caso haloperidol, devem ser ajustadas diariamente aumentando a dose inicial até ao controlo da agitação, quando este quadro não reverte com as intervenções neurolépticas habituais deve recorrer-se à administração de benzodiazepinas ou

anestésicos parenterais recorrendo assim a sedações que comprometem o grau de consciência dos doentes.

A Sr.^a L. recusa alimentar-se ao pequeno-almoço, quer levantar-se, é explicado que o estado de fragilidade em que se encontra não o permite, fica revoltada e agressiva, acaba por se acalmar na prestação dos cuidados de higiene e conforto.

A filha da cliente mantém o mesmo comportamento.

Ao almoço, mais tranquila é alimentada por mim de metade da dieta, mantém disfagia a líquidos e recurso a espessante, presença do Sr. J. no quarto que conversa com a sogra. Mantém com o genro um discurso bastante coerente, pergunta pelos netos e garante que está tudo bem, ao mesmo tempo entra a filha da cliente no quarto e esta imediatamente vira a cara para o outro lado dizendo à filha que se vá embora.

Aconselhada a filha a ir almoçar e espalhar, mais uma vez reforçada a ideia que possivelmente a cliente reage assim por ela ser um ente muito querido e não querer que ela a veja na perda das suas capacidades a Sr.^a M. aceita, mas não muito convencida refere que a mãe sempre a tinha tratado assim...

A cliente após o almoço refere que quer ir ao wc, é negociada colocação da arrastadeira explicado mais uma vez que se encontra muito debilitada para fazer levantar, aceita e acaba por urinar e evacuar na arrastadeira.

26/03/2016 (T). Após o regresso da Sr.^a M. a cliente encontra-se desorientada, com agitação psicomotora, discurso incoerente, recusa alimentar, é administrada terapêutica neuroléptica em esquema, em conjunto com a Enf.^a C.M. tentamos conversar com a cliente que recusa, torna-se agressiva verbalmente e aumenta o tom de voz, fica sozinha no quarto, mas durante este período grita o nome da filha. Quando esta entra no quarto mantém, com ela discurso incoerente e ofensivo, acusa a mesma de a ter colocado no hospital e de toda a situação, a filha fica inconsolável é retirada do quarto e aconselhada a esperar efeito da medicação na sala. Terapêutica com pouco efeito a cliente mantém o mesmo quadro, é refeito neuroléptico em SOS por via SC também sem efeito.

Chamado o Dr. que se encontra no serviço, explicada situação e coloca-se a hipótese de sedar momentaneamente a cliente para obtenção da tranquilidade e conforto necessários. É novamente realizado um ponto de situação com a filha, o genro, Dr., Enf.^a C.M. e eu onde é explicado que estamos perante um quadro de revolta, confusão, *delirium* que pode ser indicativo de aproximação da hora da morte ou não, que a cliente não se encontra bem e que precisa estar tranquila para seu conforto e da família, explicada sedação, é comunicado de maneira clara as finalidades desta intervenção, descrito todo o procedimento, a filha aceita mas quer estar presente no quarto, genro refere em tom desagradável que já está farto da situação que cada vez que vem ao hospital pensa que é o último dia que vê a sogra e, que a situação já se arrasta há demasiado tempo, explicado que em CP não se antecipa nem avança a morte dos doentes, instauram-se medidas de conforto para que estes se encontrem com

qualidade de vida até ao final, aceita mas mantém atitude renitente. Valorizada atitude dos dois, reforçada a ideia que pode ser uma situação provisória com reversão do quadro confusional que cada avaliação é importante e tem de ser feita regularmente. Sr.^a M. contata os filhos dizendo-lhes que a avó está a morrer...

Avaliada cliente que mantém o mesmo quadro de confusão, recusa a abordagem, agitada no leito, exalta o tom de voz, sob prescrição do Dr. é rodado neuroléptico e administrado SC juntamente com benzodiazepina SC. Cliente mais calma nos momentos que se seguem, questionada sobre a vontade de ter a família consigo responde que sim. Chamada família, filha e neta presentes, chorosas, genro recusa entrar no quarto, pedem que eu e a Enf.^a C.M. fiquemos, respeitamos e aceitamos.

Com o passar dos minutos a cliente vai ficando cada vez mais tranquila, responde a respostas simples colocadas, dá a mão à filha, pergunta pelo neto e alguns instantes depois acaba por adormecer. Saímos do quarto deixamos a cliente com a filha e neta que saem alguns minutos depois, filha questiona se pode pernoitar, aconselhada a não o fazer uma vez que a sua presença é potenciadora da agitação da mãe, aceita pede para ser informada se acontecer alguma coisa, saem do serviço cerca das 21h30.

27/03/2016 (N). Cliente calma, dorme por longos períodos, sem necessidade de administração de terapêutica.

28/03/2016 (M). No início do turno cliente adormecida, o enfermeiro responsável deixa-a descansar até mais tarde, cerca das 11h prestados cuidados de higiene e conforto no leito, a filha encontra-se na sala de estar, não entra no quarto sem o acordo da equipa.

Revista a medicação, mantém neuroléptico administrado na tarde anterior em esquema, suspenso anterior, mantém benzodiazepina em SOS caso haja repetição do quadro de agitação ou confusional. É deste modo efetuada a rotação dos neurolépticos, uma vez que estudos recentes recomendam que, na presença de efeitos secundários indesejáveis que impeçam a manutenção do neuroléptico, a intervenção passa pela rotação dos mesmos, numa forma em tudo idêntica ao que acontece com o tratamento por opióides. ⁽³⁵⁾

A cliente descansa por longos períodos, facilmente despertável, responde a questões simples que lhe são colocadas, a filha entra no quarto por curtos períodos, percebe que não é contentora da tranquilidade da mãe pelo passado que têm e desabafa com a equipa acerca disso. Prestado apoio, valorizada atitude, quando a Sr.^a M. questiona se ela vai morrer nos dias que se seguem é reforçada a necessidade de uma avaliação diária do estado clínico da mãe. Filha refere que neto da cliente chega nesse dia a Portugal, queria estar presente mais cedo, mas foi impossível uma vez que decorria uma greve nos transportes aéreos.

Filha sai para almoçar com marido, cliente calma, tranquila, descansa por períodos.

28/03/2016 (T). No início do turno a Sr.^a L. encontra-se desperta com discurso incoerente que reverte após administração de medicação prescrita, sem necessidade

de medicação em SOS. Recebe a visita da filha, do genro e da neta que aceita, mas acaba por querer ao fim de alguns minutos que saiam do quarto e a deixem sozinha. Família respeitosa e acaba por sair do serviço.

A cliente aceita alimentar-se um pouco ao jantar.

29/03/2016 (N). A cliente descansa por períodos, quando acorda chama pela filha, explicado por mim e pela Enf.^a C.M. que é de noite e que a filha se encontra a descansar no seu domicílio, cliente aceita, é posicionada no leito e acaba por adormecer.

Mantém-se calma, sem queixas o resto do turno.

A Sr.^a L. acaba por falecer no serviço no dia 01/04/2016, mantém alguns períodos de descontrolo sintomático como os descritos ao longo deste caso clínico, com necessidade de sedação intermitente em mais dois momentos distintos. Encontra-se no momento da sua morte, tranquila, com a família presente que chorosos agradecem apoio da equipa e trabalho prestado.

Reflexão: O caso clínico acima descrito que faz referência à Sr.^a L. é concordante com a bibliografia existente no que respeita à importância da prescrição antecipatória, uma vez que, é frequentemente necessária a realização de provas terapêuticas com a cliente, a administração de terapêutica em SOS, bem como a necessidade de uma correta avaliação dos sintomas.

À partida seria fácil de identificar o sintoma “dor” e “dispneia” como descontrolados, uma vez que eram referidos pela cliente, o que parece fácil torna-se mais complicado quando administrada a terapêutica indicada, para estes dois sintomas (neste caso a mesma), a cliente não apresenta melhoras a nível comportamental, pelo contrário parece cada vez mais agitada.

Há ao longo do internamento um declínio funcional por parte da cliente, que pode originar quadros de revolta interior por haver uma perceção da chegada da morte, a Sr.^a L. quando entra no serviço consegue deslocar-se com ajuda e permanecer sentada por períodos, ir com ajuda ao wc para satisfazer as suas necessidades, depois começa ser notório o aumento das dificuldades nas transferências, até que a debilidade física a obriga a permanecer confinada ao leito, tornando-se assim completamente dependente dos outros, equipa ou família, o que pode justificar por si só o aparecimento de períodos de confusão, constatados com o passar dos dias.

A comunicação constitui-se como uma ferramenta imprescindível no decorrer deste caso clínico, assim como o apoio à família, há ao longo do mesmo um agravamento do estado de saúde da cliente e uma visível procura de conforto por parte da filha junto dos elementos da equipa, com necessidade de exprimir os seus sentimentos e inquietudes face às reações da mãe.

Através da comunicação estabelecida com a filha da cliente, conseguimos perceber que estamos perante uma Sr.^a que toda a sua vida controlou a sua vida e a daqueles que lhe são próximos, identificando logo à partida uma situação de dependência, inúmeras vezes referida pela Sr.^a M. recíproca, a mãe habituada desde sempre a ter um controlo

sobre a vida da filha uma pessoa culta, com conhecimentos científicos, que impediu a filha de seguir o seu sonho profissional para que pudesse tal como ela ser farmacêutica. A manipulação que exerceu sobre a filha ao longo de toda a vida, faz com que no estado de doença e debilidade física em que se encontra entre num quadro de revolta interior, uma pessoa que está habituada a controlar a sua vida e a dos outros, já não tem meios para o fazer.

Foi inúmeras vezes ao longo deste internamento explicado à Sr.^a M. que a situação em que a mãe se encontra é uma situação inesperada, mas muito frequente em situações de doença avançada, a cliente alterna períodos de lucidez e confusão, indicadores do mau funcionamento do cérebro, é um quadro que leva os doentes a fazer e dizer coisas que não são razoáveis e que provavelmente nos períodos de lucidez que possam ocorrer a seguir a mãe não se vai recordar de nada.

A filha aceita as explicações que lhe são dadas pela equipa, mas verbaliza inúmeras vezes que a mãe sempre foi assim, numa tentativa de justificar o seu comportamento perante ela, tem consciência que é um elemento perturbador uma vez que na sua presença a cliente fica sempre mais agitada. O aproximar da morte faz com que na maioria das vezes os doentes façam uma retrospectiva das suas vidas, ao mesmo tempo, a cliente não quer que a filha seja testemunha deste estado de debilidade e perda de capacidades, por vergonha ou medo de se encontrar nesta situação entra num quadro de revolta irreversível o desenvolvimento de um quadro de *delirium*, com necessidade de recurso à sedação paliativa para controlo do sofrimento da cliente e família.

Estamos perante uma situação de *delirium*, ou angústia terminal difícil de identificar para quem, como eu, não tinha presenciado ao longo da minha vida profissional casos como este. A percepção da chegada da morte, a perda de sentido, a necessidade de dependência dos outros para realização de AVD's, o medo da morte está presente, neste caso e leva a um sofrimento existencial insuportável para a cliente. É um dos sintomas mais frequentes nos últimos dias/horas de vida e que frequentemente leva à necessidade da sedação como única forma de obter um bom controlo sintomático.

A sedação administrada leva à reversão do quadro de agitação, contudo limita a capacidade de a cliente interagir com os vários elementos da família, é justificada como sendo o último recurso existente que permita o equilíbrio emocional da cliente e consequente conforto e controlo sintomático.

Foi a primeira vez que participei numa situação deste tipo, administrei e preparei medicação com a ajuda da Enf.^a C.M. com o intuito de sedar a cliente quando tinham sido esgotadas todas as medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Foi explicado à filha o que íamos fazer e o porquê, chorosa entra no quarto interpretando aquele momento como sendo de despedida, que a mãe ia morrer nas horas seguintes, apesar de ter sido assegurada pela Enf.^a C.M. que aquilo que estávamos a fazer era uma medida promotora de conforto necessária dado o estado de ansiedade e agitação da cliente, que não era benéfico para ela nem para a família presente.

Neste caso clínico de salientar também que quando por algum motivo se tentava reduzir a terapêutica ou não a administrar por a cliente se encontrar adormecida ou mais prostrada, diminuindo assim a capacidade de interação com a família, esta entrava de seguida no mesmo quadro sendo, portanto, necessária por descontrolo sintomático intenso o recurso a sedação paliativa, que no caso da Sr.^a L. não foi continua, mas sim intermitente sempre que necessária.

6.2. Comunicação Adequada

“Comunicar eficazmente em contexto de cuidados paliativos é simultaneamente importante e difícil, constitui um desafio, porque implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o técnico de saúde, a pessoa doente e família.”

Gask citado por Neto ⁽⁴⁰⁾

A comunicação é um processo que envolve a troca de informações sobre si e sobre aquilo que nos rodeia. Em CP é um processo dinâmico, assumido como um desafio uma vez que não se pode limitar à partilha de informação simples e casual, é necessário que a comunicação ultrapasse a barreira das palavras para assim ser adequada ao contexto em que inserimos os nossos cuidados. ⁽⁴⁰⁾

É uma ferramenta primordial em CP pois a sua utilização é valorizada pelo doente, família e equipa, o que permite que os cuidados prestados aos doentes sejam mais facilmente aceites por estes e suas famílias. É desmistificando as dúvidas existentes que são esclarecidos os objetivos dos cuidados prestados e só após isto ocorrer estes são devidamente aceites pelos doentes e famílias.

Através da comunicação são ajustadas expectativas face à situação em que o doente se encontra, uma vez que muitas vezes é difícil numa situação de doença ou porque estamos perante um ente querido aceitar tudo o que nos é transmitido. No caso da transmissão de más notícias, esta não pode ser feita sem um estabelecimento prévio de uma relação terapêutica e de confiança com o doente pois corremos o risco de não aceitarem aquilo que lhes está a ser transmitido, entrando assim num extenso processo de negação, em tudo prejudicial para a prestação de cuidados e para a manutenção da qualidade de vida do doente.

Comunicar em CP implica que o profissional de saúde tenha algumas competências básicas que são necessárias para podermos ajudar o doente, a escuta ativa, a compreensão empática e o feedback. ⁽⁴⁰⁾ Para escutar temos de saber ouvir, codificar, interpretar e responder.

A comunicação é a base de qualquer relação terapêutica, mas para existir é necessário que exista uma escuta ativa por parte do profissional de saúde pois escutar não passa só por ouvir, passa por estar atento a todos os pormenores e transmitirmos ao doente que estamos ali para ele e que pode confiar em nós.

Para além das palavras, temos de saber utilizar a comunicação não-verbal, pois muitas vezes os doentes relevam mais o que se passa à sua volta do que propriamente o que lhes está a ser comunicado. Na comunicação não-verbal estão incluídos a expressão facial, o contato olhos nos olhos, a postura adotada, o tom e vivacidade da voz e o toque. ⁽⁴⁾

Todos os gestos que possamos ter quando estamos a tentar estabelecer a comunicação com o doente são fundamentais, se desviamos o olhar ele vai sentir desinteresse, se nos mantemos de pé ao lado da cama vai sentir que somos superiores, se não focamos o olhar provavelmente vai pensar que não estamos a ser sinceros, tudo conta.

Também importante na comunicação é sabermos o que responder ao doente, quando este nos confronta por qualquer motivo, temos de estar preparados para não mostrarmos insegurança ou receios, se não vamos estar também a transmitir esses mesmos sentimentos, no caso de dúvidas ou não termos a certeza do que dizer, melhor que dar informação errada que possa perturbar a relação estabelecida, é calarmo-nos e voltar mais tarde com novos dados e certezas acerca daquilo que nos foi questionado

A boa comunicação deve basear-se em objetivos a atingir entre a equipa prestadora de cuidados e o binómio doente/família. Estes objetivos passam pela redução das incertezas, a melhoria do relacionamento e o poder indicar aos sujeitos envolvidos uma direção a seguir. ⁽⁴⁾

Na UCP do HL eram utilizadas várias estratégias de comunicação, frequentes em CP:

- **Pontos de Situação:** utilizados de forma regular, são caracterizados por conversas informais de elementos da equipa com os doentes e/ou suas famílias, não têm lugar marcado, ocorrem por acaso e são muito benéficos no estabelecimento da relação terapêutica fundamental em CP;
- **Dedos Cruzados:** passa por fornecer ao binómio doente/família informação acertada de modo a que seja transmitida a ideia que se acredita no melhor, mas ao mesmo tempo, esperasse sempre o pior, do modo a não transmitir aos doentes e famílias falsas esperanças;
- **Tiros de Aviso:** no meio de uma conversa ou ponto de situação com o doente e/ou família eram deixadas mensagens indicadoras que as coisas iam evoluir e que a situação ia agravar, que podiam ocorrer determinadas situações, obviamente deixando sempre a ideia que a equipa estaria lá para tudo o que fosse necessário;
- **Disco Riscado:** consiste em repetir a mesma coisa ao doente e/ou família de modo a que a situação em questão seja aceite pelos mesmos, é bastante utilizado quando estamos perante doentes e/ou famílias que se encontrem em fase de negação da doença ou do seu processo natural, é importante que no seio da equipa todos os elementos mantenham o mesmo discurso;
- **Conferências Familiares:** é uma forma estruturada de intervenção na família do doente, com um plano previamente acordado entre os

profissionais da equipa multidisciplinar, que tem como objetivos para além da partilha de informação e sentimentos, a mudança em alguns padrões de atuação das famílias, ao contrário dos anteriores não é um ato espontâneo, sendo marcado antecipadamente a hora o local e feitas as convocatórias a todos os presentes.

Caso clínico 2 - Sr.^a M.C., 89 anos.

História Clínica: A Sr.^a M.C. é uma cliente de que na T de 27/02/2016 dá entrada no AMP, recorre ao serviço por dois episódios de vômitos pós-prandiais associados a lombalgia nessa mesma tarde. Dependente parcial na realização das AVD's, consciente, abre olhos ao estímulo, verbaliza sons incompreensíveis e localiza a dor. Pele íntegra e mucosas descoradas e desidratadas, sem edemas. Como antecedentes pessoais conhecem-se: DMII, HTA, síndrome demencial incipiente, epilepsia.

No momento da reavaliação médica, ainda no AMP, a cliente apresentava-se com sudorese acentuada e não reativa a estímulos externos nomeadamente algícos. Foi imediatamente transferida para SO tendo iniciado fluidoterapia intensiva com resposta insuficiente. Traçado cardíaco aparentemente em ritmo sinusal, com tendência a taquicardia e hipotensão, colocado aporte de O₂ por máscara *venturi* a 40% a 10l/m, com SPO₂ 100%, dois AVP's no antebraço direito e dorso mão esquerda, linha arterial na fossa cubital e CVC de triplo lúmen na subclávia direita mantem perfusão de SF no lúmen distal a 120ml/h, encontra-se subfebril com 37,6°C, foi algaliada com sonda vesical que drenou 100ml de urina concentrada, não evacuou. Está em pausa alimentar, em repouso no leito na companhia da filha.

Filhas referiram que a doente terá feito testamento vital, mas não têm o documento consigo.

Cerca das 22h foi realizar AngioTAC com acompanhamento médico e de enfermagem e foi ao mesmo tempo transferida para a UEI. Onde dá entrada prostrada e pouco reativa, com discreta polipneia em repouso inicialmente com aporte de O₂ por MV a 40% para SpO₂ de 98-100% que foi reduzido para 35% mantendo SpO₂ e que a cliente acabou por retirar, mantém SpO₂ > 95% e não apresentava sinais de dificuldade respiratória manteve-se sem aporte de O₂ complementar. Monitorizada com traçado cardíaco sugestivo de sinusal, FC 100-110bpm, hipotensa, apirética. Mantém CVC com fluidoterapia em curso. Realizadas análises, mantém-se algaliada com saída de urina ligeiramente concentrada, evacuou fezes mucosas amarelas com cheiro fétido. Foi colhida amostra. Por referir dor lombar, foi administrado analgésico EV.

A apresentação deste caso clínico gera desde o início algumas controvérsias na maneira como se desenrolaram os cuidados para a Sr.^a M.C., esta cliente dá entrada através do serviço de urgência onde são iniciadas todas as medidas invasivas de suporte necessárias para a manutenção da vida, provocando o sofrimento da cliente que tinha anteriormente realizado o seu testamento vital, as filhas só fazem referência à existência do documento quando a mãe já se encontra sujeita a procedimentos que são neste caso desnecessários.

A lei que estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade nos cuidados de saúde sob a forma de testamento vital refere que em caso de urgência ou perigo de vida do doente, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde não tem o dever de ter em consideração as diretivas no caso de o acesso às mesmas implicar uma demora que agrave os riscos para a vida ou a saúde do doente. ⁽⁴¹⁾

Ou seja, a partir do momento que a cliente deu entrada no serviço de AMP, o procedimento só seria diferente se a cliente estivesse na posse do documento onde enumera as suas diretivas antecipadas.

A Sr.^a M.C. dormiu por curtos períodos, foi despertando ao longo do turno, calma, com discurso perceptível, mas com desorientação espaço temporal. Com necessidade de contenção do MSD por risco de exteriorização de cateteres. Tem como diagnóstico de entrada no serviço TEP esquerdo.

28/02/2016 (M). Segundo registos, a cliente encontra-se calma com períodos de agitação e tentativa de levantar. Sem dor aparente. Eupneica em repouso sem aporte adicional de O₂ com SpO₂ 97% sem aparente SDR. Tolerou dieta pastosa com ajuda total. Normoglicémica. Mantém AVP's ambos obturados e permeáveis e CVC de triplo lúmen.

Foi desalgaliada pelas 11h aguarda micção espontânea, pelas 14h não foi possível verificar micção por apresentar fezes líquidas amarelas com cheiro muito fétido e com muco. Coprocultura em curso - *clostridium* negativo. Pele e mucosas pálidas e pouco hidratadas. Pele seca e descamativa, aplicado creme hidratante.

A cliente tem diretiva antecipada da vontade, com inscrição no RENTEV, sem indicação para suporte avançado de órgão ou medidas de reanimação. Após a apresentação do documento, foi discutido em equipa médica (UEI) e com a família, apesar de a situação clínica não se enquadrar no âmbito da diretiva antecipada de vontade (doença terminal ou irreversível ou doença neurológica ou psiquiátrica incapacitante), pelo expresso pela doente, opta-se por tratar a infeção, mas sem suporte de órgão, sem medidas extraordinárias de manutenção da vida no caso de a cliente vir a apresentar falência de algum órgão vital. É por estas razões pertinente a transferência para a UCP do mesmo hospital.

Situação familiar: a cliente é viúva, reformada, com duas filhas, uma médica a Sr.^a L. e outra engenheira a Sr.^a F., que aparentemente aceitam o fato de a mãe ter um testamento vital com inscrição no RENTEV, mas aquando a passagem da mesma pelo AMP não possuía o documento consigo. A cliente habita no seu domicílio com ajuda de uma empregada a Sr.^a A.M., apoio permanente das filhas e restante família. Presença frequente ao longo do internamento dos dois netos, filhos da Sr.^a L.

Deu entrada na UCP do HL na tarde de 28/2/2016, com diagnóstico principal de TEP subagudo a realizar ATB por via oral. À chegada hipotensa, taquicárdica, subfebril, com arrefecimento periférico fica apirética. Acompanhada pela filha Sr.^a L. muito assertiva em relação à situação e de momento parece aceitar muito bem a vontade da

mãe expressa no testamento vital, refere inclusive a cliente se apercebeu da colocação de CVC e expressou no momento que tinha testamento vital, que “não queria essas coisas”. Verbaliza que a demência da mãe tem evolução mais marcada desde Setembro de 2015, quando perdeu alguma autonomia, tem apoio de empregada no domicílio e por vezes fica em casa das filhas. Refere que a outra irmã, que fica a pernoitar, tem mais dificuldades em aceitar o testamento vital da mãe. Explicado que não deve ser fácil para a filha aceitar a situação, mas que neste momento os cuidados serão prestados de acordo com a vontade expressa pela cliente. Validada a coragem por apoiarem a mãe. A filha emociona-se. Explicado Plano de Ação, feitos tiros de aviso e *crossed fingers*. Oxalá que a cliente melhore, mas se não acontecer estaremos cá para fazer o melhor no caso de a situação piorar.

Plano de Ação: retirada CVC, manutenção de ATB PO dando benefício da dúvida (3 dias) e avaliar diariamente a evolução.

Pelas 19h45 fez pico febril, cumpriu antipirético PO com efeito, mantém dois AVP's obturados nos MSD e MSE, retirado CVC da subclávia à direita e realizado penso compressivo, colocado ASC no MSE com soroterapia a 40ml/h. Mantém via oral disponível, com sinais de disfagia oscilante a líquidos e necessidade de ajuda total. Urinou na fralda e evacuou fezes pastosas com muco, colhida coprocultura e enviada para o laboratório. Instauradas medidas de isolamento de contacto. Pele integra, descorada e seca. Realizada massagem com creme hidratante, aplicada vitamina A na região sagrada e calcâneos por eritema branqueável. Cliente tranquila, orientada na pessoa e colaborante dentro das capacidades. Cumpre ordens simples, reconhece familiares e dirige olhar. Sem queixas álgicas ou de desconforto. Cerca das 22h polipneica em repouso fez SOS de morfina com efeito. Fica a pernoitar a filha, Sr.^aF.

29/02/2016 (N). Cliente calma, sem esgar de dor ou desconforto. Cerca das 3h a filha que ficou a pernoitar, Sr.^a F. chama, refere que a mãe se encontra com insónias, inquieta e ansiosa, é administrado SOS de benzodiazepina com efeito a cliente acaba por dormir por longos períodos.

29/02/2016 (M). A cliente mantém ASC no MSE com hipodermóclise a 20m/h, HD estável, apirética, mantém via oral com diminuição do apetite ao pequeno-almoço. Foram prestados cuidados de higiene e conforto no leito e realizado levante para cadeirão com meias de contenção.

Abordada cliente durante cuidados de higiene momento em que se encontrava mais comunicativa - questionada sobre medidas terapêuticas/cuidados que pretende, verbaliza não querer medidas invasivas, a filha diz que mãe se encontrava 100% lucida quando realizou o testamento vital. Tomou esta decisão assim que soube da possibilidade de o fazer pois acompanhou o processo de morte de um familiar (cunhado) que segundo filha terá sido submetido a medidas invasivas no final de vida, por opção dos filhos, situação que a havia deixado muito incomodada.

Doente terá referido à filha médica "tenho o testamento vital", informação comunicada pela filha que apresenta discurso assertivo e adequado, reforça junto da

mãe que estão a ser realizadas medidas promotoras de conforto que não retardam nem prolongam a vida, sem medidas invasivas.

Mantém postura sentada, apresenta cansaço fácil e sonolência aumentada após levantes. Diminuição da força dos MI com necessidade de ajuda total no momento das transferências. Realizado RH sem sinais de disfagia. Ao almoço com a ajuda da filha Sr.^a L. tolera a totalidade da dieta (sopa e fruta pastosa). Regressa ao leito após almoço, mantém pele descorada e hidratada. Sem edemas. Penso compressivo no MSD e no local onde tinha estado colocada a CVC, região sagrada e inguinal com eritema/pele macerada - aplicada vitamina A, é massajada e posicionada - no final do turno a alternar decúbitos parcialmente. Solicita levante foi alertada para riscos e aumento de cansaço, tem dificuldade em integrar informação, pouco interativa, calma, olhar dirigido, comunica embora com discurso escasso, mas perceptível. Acompanhada pela filha Sr.^a F, feito PS com a Enf.^a responsável pela cliente onde é reforçada a importância da avaliação diária, hoje a mãe apresenta cansaço e sonolência.

Por não ter urinado no turno, há necessidade de realizar um esvaziamento vesical, é informada cliente do procedimento a realizar, a qual concorda com o mesmo sob o objetivo de o mesmo provocar alívio da dor localizada a nível suprapúbico por possível quadro de retenção urinária.

É explicado e reforçado junto da doente o objetivo do plano de intervenção atual, tendo por princípio o testamento vital pela mesma realizado. CF agendada para dia 02/03/2016.

01/03/2016 (N). A cliente apresenta inquietação/desconforto à palpação suprapúbica foi colocada SV, com retorno imediato de cerca de 700ml de urina clara. Apresentou vestígios de fezes na fralda.

Cerca da 1h por inquietação/insónia, realizado SOS de neuroléptico, com efeito, dormiu por longos períodos. Às 6h novamente inquieta, realizado SOS de neuroléptico e posicionada.

Filha pernoitou, perante a inquietação da mãe esta mostra-se também inquieta, não conseguindo ser a presença calma e tranquila que a mãe necessita.

01/03/2016 (M). Cerca das 9h com gemido referindo dor nas pernas e pés, feito SOS de analgesia SC com pouco efeito, a cliente mantém gemido e queixas, a filha permanece muito inquieta. Feito SOS de neuroléptico SC com efeito, a cliente acaba por adormecer, acordando esporadicamente com gemido e referindo dor nos pés, especialmente quando questionada pela filha.

Mantém-se consciente, aparentemente orientada na pessoa, com períodos de inquietação e gemido, responde às questões consoante as mesmas são colocadas. Se for questionada se tem dor responde que sim, se colocada a questão pela negativa "não tem dor, pois não?" responde que não.

A Sr.^a F. no início do turno encontra-se muito ansiosa e reativa, questionando cuidados e intervenções para com a mãe, referindo que a mesma estava muito

desconfortável e com dores e que não estaríamos a intervir. Foi nesta altura desmistificado o gemido que a mãe possa expressar por períodos, utilizando para isso a metáfora dos bebés, uma vez que estes também choram para chamar a atenção pois é a única maneira que têm para o fazer. Explicada inquietação *versus* dor, aparentemente não integrou ou não quis compreender, refere falta de confiança na equipa. Reforçada a ideia que seria importante manter uma atitude tranquila, uma vez que a mãe tem uma demência, a avaliação de dor era feita com base na avaliação de comportamento e expressões, após administração de analgesia (prova terapêutica) a mãe mantinha a mesma postura sendo um sinal que não existia dor, mas sim inquietação. Filha muito descontente não concorda. Falou depois com Dr.^a M. psicóloga do serviço, mantendo a mesma atitude de negação e falta de confiança na equipa.

Após a saída da Sr.^a F. fica no quarto da cliente a cuidadora Sr.^a A.M. referindo que a doente está muito desconfortável e com dores nos pés para além de estar "toda inchada", a cliente encontra-se sem edemas. Após cuidados de higiene e conforto feito PS com cuidadora e neto, adequado e sereno, compreende que as queixas e inquietação advém da demência sendo forma de expressão e que a avó está confortável, sem dor. Cuidadora mantém-se renitente, posteriormente Dr.^a fala com neto, a cuidadora e a Sr.^a L. estão tranquilos, foi aproveitada a ocasião para reforçar a necessidade de todos serem presenças tranquilizadoras da cliente.

01/03/2016 (T). A cliente permaneceu na companhia da filha Sr.^a F. e da neta, feito disco riscado sobre os períodos confusionais e de inquietação apresentados pela Sr.^a M.C. (quando a doente solicita se levantar, adormece logo de imediato...) não sendo esse um sinal de desconforto, referindo-se apenas a um momento de confusão e desorientação da doente. Neta assertiva, compreende aparentemente informação transmitida.

02/03/2016 (N). Fica a pernoitar a filha Sr.^a L. aparentemente assertiva e adequada ao contacto. A cliente no início do turno calma, sem queixas, dorme por períodos. Cerca das 3h30 por inquietação foi administrado SOS de neuroléptico, com efeito até às 5h. Desperta com queixas de xerostomia, pelo que foi realizada higiene oral e administrado colutório. Com insónia, pelo que foi administrado SOS de benzodiazepina com efeito.

Fica no final do turno sonolenta, mas despertável. Pouco comunicativa. A Sr.^a L. manteve-se adequada, descansou durante a noite, sem potenciar inquietação na mãe.

02/03/2016 (M). Cliente calma na presença da cuidadora que colaborou com a alimentação da cliente.

02/03/2016 (T). Mantém-se confortável, alterna períodos de sonolência com outros onde se encontra mais desperta coincidentes com polipneia e alguma inquietação, revertendo com posicionamento e tranquilização, sem necessidade de administração de medicação em SOS.

Mais tarde a Sr.^a L. exige que levantássemos a mãe visto que esta, estava a pedir, referindo que a mãe tinha uma ferida no pé. Observado por mim e pela Enf.^a C.M.,

cliente, apresenta eritema branqueável, confrontada com isso referiu que se teria expressado menos bem. Questionada Sr.^a M.C. em relação ao levante, refere que se quer levantar e logo em seguida que gostava de se virar de lado, com discurso inconsistente. Confrontada a filha, explicado que alguns dos pedidos da mãe teriam que ser adequados à sua capacidade funcional e conforto e teria que se ver a consistência dos mesmos e que, mesmo que consistentes não seriam satisfeitos se considerássemos que não se adequavam ao seu bem-estar. Em seguida filha refere que a mãe tem SI exuberantes no joelho esquerdo, objetivado com a mesma que as alterações no joelho eram pele marmoreada e não SI, que aquilo que estávamos a presenciar, face à maior sonolência, confusão, períodos de inquietação, de alterações respiratórias e pele mais sensível, marcando mais facilmente eram tradução de agravamento e maior debilidade da mãe e que teríamos que ir vendo dia a dia a evolução do quadro e que hoje em relação ao dia anterior eram visíveis alguns sinais de agravamento que oxalá revertissem no entanto neste momento a mãe está confortável. No final concordou que sim visto a mãe ter entretanto adormecido profundamente. Pouco tempo depois saiu do quarto e ficou uma neta.

03/03/2016 (N). Cliente no início do turno sem dor ou desconforto aparente, em repouso no leito, dormiu por médios-longos períodos, despertável a estímulos externos.

Entre as 0h e 1h feito disco riscado junto da filha Sr.^a F., explicado que face às alterações cognitivas da mãe tem que haver uma prévia avaliação das queixas ou pedidos realizados pela mesma, uma vez que poderão significar apenas um episódio de confusão/inquietação. Sendo, por isso, importante que não potenciase a inquietação da mãe sempre que tal episódio ocorrer (uma vez que à semelhança de outros episódios ocorridos, após alguns segundos/minutos, a cliente tende novamente a adormecer), tom desadequado e algo altivo refere "não me diga para afastar e para não valorizar, porque ainda no outro dia a minha mãe estava com dor abdominal e diziam que era inquietação e afinal tinha mais de 1l de urina na bexiga", confrontada a Sr.^a F. em relação às medidas instauradas no episódio a que se refere. Que nunca em momento algum foram desvalorizadas as queixas, razão pela qual se tomou a medida de realizar esvaziamento vesical à mãe (reforço, contudo, a necessidade de uma avaliação rigorosa das queixas da mãe para uma melhor adequação das medidas a tomar). Filha tende a "fugir" do assunto, mostra dificuldade em responder ao que lhe foi dito.

Às 3h administrado neuroléptico em SOS por a cliente apresentar algum gemido à estimulação (sem inquietação associada), *facies* tranquilo. Olhos cerrados. Sonolenta, despertável a estímulos externos. Responde a perguntas simples com discurso pobre, confuso por períodos. Filha a pernoitar com dificuldade em lidar com a situação.

Cerca das 3h30 filha toca à campainha a referir "a minha mãe está num desconforto muito grande" tentativa de objetivar junto da filha o que é que a mesma quer dizer quando refere que a mãe está desconfortável, refere que a mãe está "cheia de dores", feito de novo disco riscado, evidenciando que a mãe está tranquila, olhos cerrados e a

dormir de momento que o episódio em causa a que se refere, é apenas um momento confusional da mãe, não devendo a própria referir-se ao mesmo como um sintoma de desconforto, até porque a mãe apresenta *facies* tranquilo e confortável.

Filha desadequada, em tom rude e sarcástico com riso refere "vocês acham que a minha mãe está demente, mas ela não está assim tão demente, eu conheço a minha mãe". Explicado que a mãe tem uma doença prolongada, neste momento agravada face ao possível TEP diagnosticado à entrada, com aumento dos períodos confusionais, confrontada com a angústia que está a sentir, desvaloriza e foge novamente do assunto, mantendo tom sarcástico e de riso (confrontada do porquê que se encontrava a rir... não responde...).

03/03/2016 (M). Cliente eupneica em repouso, quando desperta e estimulada com alguns períodos de polipneia e tosse produtiva que não consegue mobilizar.

Mantem reflexo de deglutição presente embora menos eficaz e sonolência. Explicado à cuidadora, presente no quarto, para não dar alimentação oral que seríamos nós a dar o que aceitou. Ao almoço incapaz de se alimentar por reflexo de deglutição muito lentificado. Feita nova tentativa pelas 14h40 por se encontrar um pouco mais desperta, na presença da filha Sr.^a L., mantém alimentação na cavidade oral com acessos de tosse em seguida que revertem com SOS de inalatório, explicado à filha incapacidade na deglutição com microaspirações e que não seria levada alimentação para o quarto a não ser que a equipa de enfermagem fizesse a sua avaliação e considerasse adequado.

Apresenta-se sonolenta e prostrada, com momentos em que desperta, alguns deles com inquietação que revertem com atitude tranquilizadora e posicionamento, sem necessidade de SOS. Quando desperta confusa, pedindo para retirar sapatos ou por vezes se levantar, no entanto após mobilização no leito adormece profundamente em seguida. Aparentemente sem dor.

Mantém hipodermóclise e SV com saída de urina clara a muito bom débito, feito SOS de laxante rectal por obstipação que surtiu efeito, evacuou fezes pastosas em moderada quantidade

Cuidadora presente, mais tranquila e adequada, respeitando indicações dadas pela equipa, no entanto um pouco ansiosa quando presenciava períodos de inquietação, inclusive telefonicamente dizendo que a cliente esteve sempre muito agitada...

Filha Sr.^a L. chegou pelas 14h30, muito ansiosa e desadequada, exigindo que a mãe fosse levantada, que estava cheia de sede e teríamos que dar água de imediato. Explicada debilidade, confusão, desadequação do levante e medidas de conforto, filha mais desadequada, quando tentamos que saísse do quarto para falar com ela e tentar explicar a situação recusou por duas vezes, elevando francamente o tom de voz. Optámos por não continuar a confrontar e cuidar da cliente, demonstrando com os cuidados a debilidade e incapacidade da mãe se levantar e a razão de fazermos aquilo que avaliamos como mais adequado, filha mantém postura confrontativa e

desadequada, referindo que o que tem que se fazer é levantar a mãe mesmo que ela tenha que a estar sempre a segurar e ela esteja a dormir na cadeira visto que não pode estar sempre na cama e que há dois dias atrás de levantou e nessa altura também dormiu. Explicado que não o iríamos fazer visto não ser adequado e no melhor interesse do conforto da mãe e que tal como a Sr.^a L. podia observar a mãe estava já confortável, em lateral a dormir profundamente, filha insiste que mesmo assim a mãe tem que se levantar. Reforçado pela equipa, que eram avaliadas a cada momento as necessidades de conforto da mãe e adequadas as nossas intervenções a esse objetivo, sendo que poderiam não corresponder ao que a cliente pedia (visto estar com períodos de confusão e inquietação) ou ao que a família nos estava a pedir. Filha muito descontente com a situação. Dr.^a informada.

03/03/2016 (T). No início do turno apresenta-se inquieta por *input* de estímulo externo em excesso pelo que cumpre SOS de neuroléptico por via SC, com discreto efeito. Alternando depois prostração com inquietação, reativa aos estímulos dos familiares, cumpre ordens simples apesar de lentificada.

04/03/2016 (N). Dormiu acompanhada pela filha Sr.^a L., com uma postura adequada, embora no final do turno com base no discurso da doente (claramente confuso) tenha pedido para fazer levante à doente, feito disco riscado em relação à conversa do dia anterior e grande debilidade, acabou por aceitar, após posicionada a cliente ficou mais tranquila.

04/03/2016 (M). Prestados cuidados de higiene e conforto no leito, ao fazer higiene oral e escovar os dentes sem reflexos de sucção/deglutição, tudo na presença da filha Sr.^a L., que compreende e se mostra assertiva.

Pelas 11h50 cliente discretamente mais acordada, ingere duas colheres de água com espessante e 3 colheres de papa de fruta que deglute, sendo que à quarta colher adormece ficando com alimentação na orofaringe, removidos resíduos e reforçada higiene oral, agora já na presença das duas filhas. Foi validado conforto da mãe.

Às 12h CF com Dr.^a e duas filhas da cliente: foram abordados temas como o agravamento da situação da mãe de dia para dia, o que ambas reconhecem; alimentação, sendo que não tem sido alimentada por não ter reflexos e fala-se também em hidratação, que só está a ser feita por conforto de sintomas de desidratação, que se estiver a prejudicar será suspensa.

04/03/2016 (T). A cliente mantém o mesmo estado, a família esta aparentemente mais tranquila, sem se opor aos cuidados prestados e respeitam as decisões da equipa quando devidamente fundamentadas. Foi realizada ao longo do turno alternância de decúbitos no leito com ajuda total. A cliente não foi alimentada. Calma, prostrada, sem necessidade de SOS.

05/03/2016 (N). Pelas 6h30 foi posicionada, tendo ficado mais desperta; posteriormente, pelas 6h40 encontrada no chão após tentativa de levante, tendo escorregado, sem sequelas aparentes após a queda – informada Dr.^a.

Feito registo de quedas – não foram contatadas as filhas dado a hora e o fato de não terem havido consequências.

Fica com cama encostada à parede e campainha em redor da mesma.

05/03/2016 (M). Sonolenta no início do turno, mais desperta após a prestação dos cuidados de higiene e conforto, comunicativa com discurso pobre, mas adequado às questões. Mantém ASC no abdómen e no MSE. Reconhece familiares.

PS com a filha Sr.^a L. na presença da Enf.^a responsável da cliente, que já tinha informado sobre a queda, filha adequada, mas com questões sobre se a grade estava para cima, dizendo que a doente não tem capacidade motora para sair autonomamente da cama. Tem notório sentimento de culpa por ter sido a primeira noite a não ficar ninguém da família, refere que já informou a irmã e certamente a reação dela será de maior exaltação.

Lamentado o sucedido, reconhecido que poderá causar angústia pelo facto de ninguém ter dormido nesta noite. No entanto, confrontada com o fato de a queda poder dar-se mesmo com alguém presente no quarto, bastando a família ausentar-se para ir ao WC. Explicado ainda que previamente o risco de queda avaliado era mínimo, sendo que neste momento iriam ser implementadas as medidas para risco de queda elevado.

Pede para que a Mãe esteja sedada... verbaliza o seu desejo de que "isto acabe" validados os seus sentimentos, reforçando que o objetivo dos cuidados é garantir o conforto da Mãe. Agradece.

Informada relativamente às medidas instituídas: transferência para cama baixa, que fica encostada à parede e é colocado o fio da campainha à volta da cama.

05/03/2016 (T). Via oral disponível com bom reflexo de deglutição, mantém RH com espessante. Alternados decúbitos no leito com ajuda total, pelas 18h cliente acordada, pede para levantar um pouco, então com apoio bilateral, cumpre levante para cadeirão onde ficou na presença da filha. Colaborante dentro das suas possibilidades, calma, sem esgar de dor ou desconforto, muito tranquila

Fez SOS de anti ulceroso VO por indicação médica por referir desconforto gástrico, com efeito. Filha questiona o fato de se reiniciar ou não ATB uma vez que já tem via oral, explicado que neste momento não faz sentido, não havendo benefício, pois não existem sintomas descontrolados, compreende, assertiva.

Enf.^a responsável pela cliente falou com as filhas, assertivas, que entenderam o quadro oscilante da Mãe, começam a colocar a hipótese de poder levar a doente para domicílio. Nesse sentido, colocadas questões acerca da algaliação e terapêutica da noite uma vez que em casa fazia medicação oral com efeito.

Alertadas para a oscilação de via oral e o facto de isso poder condicionar a formulação da medicação, bem como a tentativa de retirada da SV poder não ser bem-sucedida. Entendem e compreendem estas questões. Assim, assumindo com as filhas que poderá haver oscilação no padrão de sono.

06/03/2016 (M). Cliente mais desperta, colaborante, confortável, com capacidade de se alimentar por via oral, realiza levante para cadeirão com ajuda que tolera, alternando com períodos de descanso no leito. Quando questionada afirma ter dormido bem.

06/03/2016 (T). Explicado às filhas, pela médica o quadro oscilante, se estabilizar possibilidade de alta.

Plano de ação: retirar SV na manhã de 07/03/2016 na tentativa de urinar espontaneamente. Dessa forma inicia hoje anti-inflamatório não esteroide a baixa dose ao lanche e deve repetir amanhã ao pequeno-almoço e Jantar, por indicação da Dr.^a. Suspende neuroléptico e benzodiazepina da noite para fazer antidepressivo tetracíclico que fazia em domicílio, filhas trazem de casa.

07/03/2016 (N). Não fica ninguém a pernoitar, sem intercorrências, cliente dorme por longos períodos.

07/03/2016 (M). Retirada SV, a cliente urina espontaneamente. Mantém-se na companhia das filhas que questionam possibilidade e janela de oportunidade para regressar ao domicílio, explicadas necessidades tanto ao nível de materiais e de apoio humano/cuidadoras, entregue lista de apoios e de aluguer equipamentos, vão ver.

Ao longo do dia 08/03/2016 são reforçados ensinamentos para a alta que fica prevista para o dia seguinte, cliente sentada no cadeirão, confortável, bom controlo sintomático, mucosas bem hidratadas, eupneica em repouso, MI sem sinais de edemas, estável.

09/03/2016 (M). A Sr.^a M.C. tem alta clínica para domicílio, sai na companhia das filhas e cuidadora por volta das 14h45, é entregue documentação de alta, medicação própria e reforçados ensinamentos.

Reflexão: A escolha deste caso clínico tem para mim especial importância por diversos motivos, em primeiro posso realçar que foi a primeira cliente com quem tive contato no meu primeiro dia de PC à minha chegada ao serviço, depois por ter síndrome demencial o que grande parte das vezes coloca entraves na comunicação e na maneira de se expressar, o que vai de encontro ao tema que abordo como minha intenção pessoal e também porque acompanhei a Sr.^a M.C. diariamente e estive presente durante alguns PS acima descritos.

Como em todos os casos clínicos descritos, são abordados os 4 pilares fundamentais dos CP, neste caso não é exceção, a minha escolha de o inserir neste ponto do relatório onde é abordada a comunicação prende-se com o fato de, apesar de estarmos perante uma família culta, com conhecimentos em diversas áreas, inclusive no seio da medicina que quando se encontram no papel de familiares têm dificuldade em gerir a situação ao serem confrontados com os CP.

A cliente em posse de todas as suas capacidades decidiu fazer o seu testamento vital, recusando toda e qualquer medida invasiva que lhe provocasse sofrimento, uma vez que segundo as filhas tinha sido testemunha da morte de um familiar, cujos filhos tudo tinham feito para o manter com vida, situação que perturbou a Sr.^a M.C.

As diretivas antecipadas de vontade, sob a forma de testamento vital são introduzidas no nosso País com a Lei de 16 de Julho de 2012⁽⁴¹⁾ onde é realizado por parte do interessado um documento, o testamento vital, onde manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne os cuidados de saúde que deseja ou não receber no caso de por algum motivo se encontrar incapaz de expressar a sua vontade de maneira autónoma. A vontade expressada pode incluir que a pessoa em questão não deva ser submetida a:

- “Tratamento de suporte artificial das funções vitais;
- Tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente o que concerne as medidas de suporte básico de vida, alimentação e hidratação artificiais que visem retardar o processo da morte;
- Receber cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por uma doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;
- Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;
- Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.” ⁽⁴¹⁾

Neste caso, estamos perante uma cliente que já não se encontra na posse de todas as suas capacidades psíquicas, pois encontra-se diagnosticada com uma demência que tem vindo a evoluir nos últimos meses, mas que expressa a sua vontade acerca das medidas invasivas que lhe são prestadas aquando a sua passagem pelo AMP referindo que tem testamento vital.

Se na ausência do documento foram prestadas as medidas de suporte necessárias numa situação de urgência, uma vez apresentado os cuidados foram direcionados para a manutenção de qualidade de vida e conforto, e conseqüente transferência para a UCP do HL, onde foram abordadas inúmeras vezes as filhas da cliente que aparentemente têm dificuldade em aceitar esta decisão da mãe, mesmo quando expressam que concordam com o testamento vital, mantém atitudes contraditórias quando confrontadas ao longo do internamento com a promoção de conforto como promotor de qualidade de vida para a cliente e a recusa de medidas invasivas.

Quando estamos perante uma situação onde há desejo expresso da vontade da cliente, os cuidados têm de ser direcionados em concordância. A autonomia é o princípio ético que defende o exercício da escolha individual, advém da noção de respeito pela pessoa, por sua vez, o respeito pela pessoa/pelo próximo, surge a partir do valor colocado nessas pessoas, de forma incondicional, pois elas têm a capacidade de agir normalmente e de fazerem escolhas racionais. As pessoas têm o direito de decidir, livres de controlo externo e livre de vício. O princípio da beneficência é o princípio ético que defende a realização do bem, este princípio obriga-nos a fazer bem aos outros em vez de mal e implica a responsabilidade ou o dever de cuidar, por vezes

praticar o bem não é mais nada senão evitar o mal, mas fazer o bem, prevenir o dano ou afastá-lo são essenciais na obrigação da equipa multidisciplinar para com o doente. (42,43)

Neste caso concreto para respeitarmos a autonomia da Sr.^a M.C. e realizarmos os nossos cuidados em função dos desejos expressados pela cliente, surgem em alguns momentos conflitos com a família, nomeadamente com as filhas, de um lado temos os desejos da cliente manifestado com a existência de diretivas antecipadas de vontade e respeitado pela equipa multidisciplinar da UCP do outro surge o desrespeito pelo desejo exprimido pelos familiares, que apesar de afirmarem compreender os cuidados prestados, os colocam sistematicamente em causa.

É importante referir a obstinação terapêutica, como aquilo que usualmente se designa por medicina defensiva, mas que no fundo não é mais que prolongar o sofrimento do doente. É eticamente aceitável colocar um fim às medidas que prologuem a vida, quando estas não vão modificar a evolução da doença, mas sim prolongar o sofrimento. Principalmente quando estamos perante uma situação onde não é desejo receber esse tipo de cuidados.

A filha Sr.^a F. tem dificuldade em aceitar que a síndrome demencial da mãe possa estar agravada ao longo do internamento, uma vez que estamos perante uma situação de infeção, apesar das inúmeras estratégias por parte equipa, nomeadamente aos enfermeiros presentes nas noites em que fica a pernoitar, para uma comunicação eficaz, esta mostra-se bastante renitente, por vezes com atitude irónica.

A Sr.^a L. médica de profissão tem clara dificuldade em lidar com a situação clínica da mãe, não aceita os cuidados prestados, acha-os insuficientes, mesmo quando expressa que compreende de seguida tem atitudes contraditórias o que coloca a equipa em dificuldade.

Os cuidados que são prestados à mãe, CP como promotores de conforto são sucessivamente postos em causa pelas filhas da cliente, mesmo quando conhecem o desejo da mãe, a comunicação tem de ser adequada e adaptada para poderem ser prestados cuidados de excelência aos doentes.

Existe um conflito evidente entre as disposições formuladas pela mãe no documento de diretivas antecipadas de vontade e a vontade das filhas, deve prevalecer a vontade da mãe expressa no documento inscrito no RENTEV, e os cuidados prestados deve ser em acordo com o mesmo.

São utilizadas inúmeras estratégias de comunicação que visam contrariar estas atitudes que chegam a ser de agressividade, por parte das filhas, para com os elementos da equipa, assumindo mais uma vez aqui a comunicação como uma ferramenta imprescindível no decorrer deste caso clínico, são feitos pontos de situação regulares, na tentativa de esclarecer dúvidas ou medos que possam existir e de clarificar algumas situações que não têm aceitação imediata por parte das mesmas.

O apoio à família está também inerente neste caso clínico, principalmente porque é perceptível que as reações das filhas da cliente têm grande influência na mãe, a revolta e agressividade demonstrada por vezes por alguns familiares é interpretada como uma forma de mostrarem a sua dor e desespero perante a incapacidade de ajudar a pessoa que amam, daí o recurso recorrente a técnicas de comunicação como o disco riscado, repetindo sucessivamente que os cuidados prestados vão de encontro à manutenção do conforto da cliente e *crossed-fingers*, “oxalá(...) mas (...)” mostrando que esperamos que a situação melhore mas estamos presentes para o que vier a ocorrer.

Neste caso concreto a cliente acaba por responder ao tratamento, não invasivo, instituído e ter alta para domicílio o que mais uma vez comprova que os CP não atrasam nem avançam o momento da morte, não devem ser procurados unicamente quando o doente se encontra em situação terminal, mas estão presentes como promotores de conforto nos momentos de doença em que o recurso a medidas invasivas que causem sofrimento não é justificado. Após uma perda quase total de autonomia a Sr.^a M.C. regressa ao domicílio com qualidade de vida.

6.3. Apoio à Família

A família é a unidade básica da sociedade, composta por indivíduos com laços de parentesco ou unidos pelo casamento, que podem ou não viver juntos. Quando uma pessoa adoece, no seio de uma família, todos os elementos são afetados, uns mais que outros, modificando-se assim as suas necessidades, individuais e de grupo de uma forma global. É fundamental identificar essas necessidades, cuidar ambos como uma unidade, não descuidando a família como recetora de cuidados. ⁽⁴⁴⁾

Em CP não podemos limitar os cuidados ao doente, pois sempre que há uma situação de doença, que perturba um dos elementos de uma família, esta vai forçosamente afetar todos os elementos que a constituem, tona-se portanto necessário, que o plano de ação da equipa multidisciplinar, passe por identificar a disponibilidade da família para os cuidados, bem como os seus recursos, suas expetativas em relação à equipa, para além das expetativas quanto à doença e as vivências anteriores, de modo a conhecermos quais foram as estratégias que adotaram anteriormente em situações de crise. ⁽⁴⁴⁾

É por isso fundamental na prestação de cuidados de qualidade estabelecer com a família do doente uma relação de ajuda como essência dos cuidados, recorrendo à comunicação como estratégia essencial, no acompanhamento do doente em fim de vida e da família. É necessário escutar, ser empático e estar atento à linguagem não-verbal do outro. ^(45,46)

Os objetivos dos CP passam por assegurar ao doente e família a melhor qualidade de vida possível, esta deve ser incorporado nos cuidados prestados ao doente sendo ela própria, alvo de cuidados por parte da equipa multidisciplinar, que tem por sua vez

a missão de dar apoio, informação e instrução, para que as famílias possam de compreender e aceitar todas as fases do processo de doença. ⁽¹³⁾

A equipa prestadora de cuidados deve determinar objetivos de auxílio à família que passam antes de mais pela avaliação das capacidades físicas, psíquicas e emocionais da mesma e consequente identificação dos cuidadores principais, pela compreensão e avaliação das necessidades sentidas pelos familiares, em especial no que se refere à adaptação a novas situações e no apoio ao doente, validação de sentimentos, emoções e pensamentos expressados, auxiliando e reorientando as prioridades e elucidando acerca das estruturas de apoio. É necessário educar a família, os cuidadores informais, não os reduzindo ao papel de espectadores, mas proporcionando-lhes a informação e formação para que possam acompanhar a pessoa doente da melhor maneira possível e compreender o que se faz e porquê. Temos de incentivar o autocuidado de quem cuida, permitindo que se possam ausentar do doente por momentos, promover ou elucidar acerca de pequenos “escapes” valorizando sempre a importância do seu papel enquanto cuidadores. ^(44,45,46)

Podem para isso ser utilizadas estratégias psicoeducativas como escutar com sensibilidade empática, escutar ativamente e responder de maneira compreensiva, manifestar compreensão, validar a experiência de luto, saber estar com a família, consolar, transmitir esperança. O contato com a família em CP não cessa quando ocorre a morte do doente, é dada aos familiares a oportunidade de falarem com os profissionais que estiveram mais presentes ou com os quais estabeleceram uma maior relação sempre que achem necessário. ^(45,49,50)

Com o avançar da doença a família deve estar sempre presente, incluindo nos instantes finais de um doente, mesmo sabendo que isso nem sempre é possível. O fato de o fazerem permite que vivam o luto de forma mais consciente, tranquila e serena, possibilitando sentimentos de envolvimento, compreensão, empatia e segurança. Embora seja desgastante cuidar de um familiar em fim de vida é frequentemente definido pelos familiares como um tempo único e gratificante. ^(50,51)

A morte enquanto perda desencadeia diversos sentimentos, para quem a vivencia, faz parte de um processo de luto que se inicia ainda antes dos últimos momentos, conduz a uma mudança no seio da família. Para alguns elementos da família o confronto com esta situação permite o desenvolvimento, e crescimento por outro lado de forma negativa, pode levar ao aparecimento de doença ou degradação pessoal e social. Não só para o doente, família e amigos, a morte também é um acontecimento doloroso para os profissionais de saúde. Mas é possível enquanto profissionais, no seio de uma equipa multidisciplinar, prepararmo-nos para ajudar os outros a morrer, a viver melhor, de uma maneira mais livre e tranquila. ^(47,48)

No processo de luto sucedem-se várias fases, o choque e a negação, a saudade e angústia, a desorganização e o desespero, a aceitação gradual e a reorganização, reintegração e reconciliação. São etapas que surgem de forma espontânea e que beneficiam e carecem de intervenções clínicas adequadas. São também diversos os

fatores, que influenciam o modo como cada elemento da família reage à morte da pessoa, tais como o tipo de relação que mantinham, o tipo de morte, a história pessoal, a forma como resolveram ou deixaram por resolver lutos anteriores, fazem também parte as questões étnicas e culturais de cada família bem como o meio envolvente. ^(45,46)

Ao longo do período de prática clínica tentei, sempre que possível, acompanhar os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, no contato com as famílias de forma a compreender assim a dinâmica e os meios utilizados, de maneira a prestar o apoio necessário às mesmas ao longo das diversas fases do processo de doença. São realizados quase diariamente pontos de situação com os clientes e as famílias de forma a prestar esclarecimentos sobre a evolução do processo de doença bem como esclarecimento de todas as dúvidas que possam existir, também para redefinição de planos de cuidados para o cliente.

Para além destes PS regulares, informais que podem ocorrer sempre que necessário e sempre que solicitados seja por um elemento da equipa multidisciplinar seja pelo cliente ou pela família, existem as CF que assumem em CP uma importância primordial.

As CF são usadas pelos profissionais de saúde de maneira a facilitar a comunicação com os doentes e familiares com o intuito de otimizar os cuidados prestados. São reuniões estruturadas onde devem estar presentes o doente (se possível), familiares e os elementos da equipa multidisciplinar mais diretamente envolvidos no caso. Durante as quais os profissionais partilham informação, discutem o prognóstico e planeiam decisões atuais e futuras acerca do tratamento do doente. Estas têm como objetivos clarificar a informação relativamente à doença os objetivos dos cuidados, reforçar e envolver a família nas tomadas de decisão, detetar as necessidades da mesma, direcionar cuidados e prestar apoio emocional ao longo do processo de perda. ^(50,51,52,53)

É fundamental para o bem-estar do doente e família que a equipa multidisciplinar seja capaz de prestar um apoio adequado, dirigido às suas necessidades, dúvidas e medos o que só pode acontecer através da comunicação. A possibilidade de reunir com os vários elementos da família vai fazer com que a comunicação se torne mais clara, permitindo assim que os cuidados sejam direcionados de maneira a resolver e prevenir problemas que possam surgir, com o objetivo de minimizar o sofrimento do doente e família. ⁽⁵⁴⁾

Durante o período de PC tive oportunidade de estar presente na realização de variados PS com clientes e família bem como participar em CF realizadas após as quais eram feitos os registos das mesmas em sistema *Soarian* permitindo assim que todos os elementos da equipa multidisciplinar tivessem acesso às informações recolhidas e ao resultado das mesmas.

Um exemplo do apoio à família na UCP do HL foi o realizado no Caso Clínico 3 – Sr.^a M.A., descrito em seguida.

História Clínica: Cliente com 92 anos, antecedentes de síndrome demencial diagnosticado há 10 anos e Parkinson, acamada há 5, que no dia 3/3/2016 foi enviada

ao SU do Hospital de Leiria por alterações no estado de consciência e hemiparesia à direita. Tem com diagnóstico AVC isquémico à esquerda e iniciou no mesmo dia ATB, PO por traqueobronquite. Segundo a família a cliente encontra-se afásica há cerca de 2 anos, era alimentada por via oral até aos dias que antecederam o AVC, foi colocada SNG a 4/3/2016 por disfagia no SU. Transferida para a UCP do HL, a pedido do familiar de referência, dá entrada no serviço na noite de 5/3/2016.

Situação Familiar: A cliente é divorciada desde os 35 anos de idade, não tem filhos, é ex-funcionária da Câmara Municipal de Lisboa. Há cerca de 10 anos quando diagnosticada com síndrome demencial esteve em Centro de Dia, mas posteriormente com agravamento do grau de dependência ficou em casa tendo como cuidadoras a prima (Sr.^a M.) cuidadora principal, uma empregada há cerca de 6 anos, residem em S. Pedro do Estoril, têm uma residência secundária em S. Pedro de Moel onde se encontravam de férias quando se deu o episódio acima referido. A Sr.^a M. trabalhou durante 15 anos na França e voltou para Portugal para cuidar da mãe e, após o falecimento desta ficou a cuidar da prima.

Desenvolvimento: à entrada no serviço cliente dependente total na realização de todas as AVD's, eupneica, sem sinais de dificuldade respiratória. Necessita de ajuda total na realização dos cuidados de higiene e conforto que são realizados no leito. Usa fralda de proteção por incontinência. Sem via oral disponível, reflexos de sucção e deglutição ausentes desde o AVC com SNG para alimentação/hidratação presente. Acesso venoso periférico com soro glicosado a 5% a 42ml/h no MSD. Apresenta um esfacelo no 4º dedo da MD e eritemas não branqueáveis nos calcâneos, mucosas descoradas e hidratadas. Abertura ocular espontânea, mas sem olhar dirigido, vígil.

Na manhã foi realizado PS com a Enf.^a responsável pelo cliente e a Sr.^a M. acerca da irreversibilidade do quadro e do plano terapêutico, é bastante adequada, assertiva, reconhece a gravidade do estado de saúde da prima e aparentemente compreende e assimila a informação transmitida.

Na tarde, foi rodado AVP para acesso SC e colocada hipodermóclise a 20ml/h na região abdominal à direita. A Sr.^a M. mantém-se bastante assertiva. Está também presente no quarto a cuidadora da cliente que reconhece o agravamento do estado da mesma. A Sr.^a M. refere que o desejo da cliente é morrer na sua residência.

7/3/2016 (M). Realizado PS com Dr.^a e Sr.^a M. a cliente mantém o mesmo estado geral, sem alterações onde foi valorizado por parte da Dr.^a o fato da Sr.^a M. ser a cuidadora principal da prima, validada a coragem, carinho e apoio prestados à cliente. Foi feita uma primeira abordagem aos CP, sendo que a Sr.^a M. desconhecia do que se tratava. Foi muito assertiva e agradeceu a conversa, compreendeu assim a importância de a cliente se encontrar na UCP. Foi abordada também a questão da alimentação, desmistificado o tema, invocando a história natural da doença, os riscos da SNG. Explicou-se à Sr.^a M. que foi discutido em equipa que manter-se-ia a SNG durante as 24h-48h e posteriormente se não houvesse evolução do estado de saúde da cliente esta seria retirada. A cuidadora é muito assertiva e pergunta se pode participar no ato da

tentativa de alimentação por via oral. É ainda no decurso da conversa feita referência ao fato da evolução natural do processo demencial estar descrita a recusa alimentar, sendo que se tal acontecer será respeitada a vontade da cliente e reforçado que a alimentação não contribui em nada para a reversão do quadro em que a cliente se encontra.

No final a Sr.^a M. agradece a conversa e referiu que ficou esclarecida quanto ao plano terapêutico e tem expectativas aparentemente ajustadas.

Plano de ação: manter vigilância sintomática; suspensão de medicação que não traz benefício à cliente e que pode ter efeitos secundários.

7/3/2016 (T). A cliente mantém hipodermóclise, dependência total, reativa por vezes a estímulos externos com abertura ocular, não segue com o olhar.

Foi realizada pesquisa de fecalomas por não haver registo da data da última dejeção da cliente, acaba por evacuar na noite de 8/3/2016.

8/3/2016 (T). Foi marcada CF com a Sr.^a M. e foram dados tiros de aviso sobre a possibilidade de se vir a retirar a SNG face à não reversão do estado de consciência da cliente.

9/3/2016 (N). A cliente mantém-se não reativa a estímulos externos, por vezes abre os olhos, mas não ao toque ou ao chamamento, sem sinais de má perfusão periférica, mantém espasticidade nos MS e MI, apresenta respiração ruidosa sendo suspensa hipodermóclise, uma vez que um dos efeitos indesejáveis da hidratação, sob que via for, passa pelo aumento das secreções a nível oral e no trato respiratório podendo haver risco de “sufocação” em doentes cujo reflexo de tosse é diminuído ou inexistente.

9/3/2016 (M). A cliente mantém-se não reativa estímulos externos, não reativa a estímulos dolorosos, com períodos de respiração ruidosa residual aquando das mobilizações, que cessam espontaneamente sem necessidade de administração de terapêutica SOS. Globalmente confortável, tranquila.

CF Dr.^a e Sr.^a M. e Enf.^a responsável pela cliente falou-se da irreversibilidade do quadro clínico e da prioridade de todas as intervenções – o conforto, sendo que a equipa tudo vai fazer para manter a cliente confortável, não atrasando nem apressando nenhum desfecho, desmistificada alimentação sendo que a Sr.^a M. concorda com a retirada da SNG sem a possibilidade de recolocação uma vez que se trata de uma medida invasiva que provoca desconforto e não reverterá o quadro clínico. Referida a possibilidade de a cliente vir a falecer nos próximos dias ou semanas. A Sr.^a M. conta o que viveu com a mãe com neoplasia da mama, com internamentos em fim de vida e vários exames/transferências hospitalares, associadas a grande sofrimento, sem benefício e refere não querer que aconteça o mesmo com a cliente. Foi validada toda a coragem e apoio prestados à cliente.

Plano de ação: manter vigilância sintomática; simplificação terapêutica (suspende ATB), retira-se SNG e fica com antiépilético SC duas vezes ao dia e benzodiazepina em SOS; reavaliação diária e tiros de aviso.

Mais tarde na presença da Sr.^a M. realizada tentativa de alimentação da cliente por VO sem sucesso, Sr.^a M. mantém comportamento adequado e aceita que seja então retirada a SNG à cliente.

Na tarde é colocado novo ASC para administração de fármaco antiepilético até então administrado sob a forma de comprimido pela SNG.

11/3/2016 (T). É o meu primeiro contato com a cliente e família, Sr.^a M. refere que quer levar a cliente para o domicílio por ser este o seu desejo e porque já tem cuidadora e cama articulada no mesmo. Bastante assertiva no seu discurso.

12/3/2016 (M). A Sr.^a M. alerta a Enf.^a responsável pela utente da presença de um hematoma na região interna do cotovelo direito da cliente que é observado pela Enf.^a e à mobilização possível do membro (dado que a cliente se encontra com bastante espasticidade não é possível realizar um movimento de extensão completa do membro), a cliente não apresenta sinal de dor/desconforto, explicado à prima o objetivo do conforto e que a realização de um raio x é supérflua sendo que aumentaria o desconforto da cliente não alterando em nada a abordagem. A Sr.^a M. concorda com a equipa.

12/3/2016 (T). A Sr.^a M. pede para lhe serem novamente reforçados ensinios, dadas explicações acerca da alimentação/hidratação, refere que percebeu o contexto, mas não conseguiu integrar toda a informação. Parece que racionalmente compreende e realiza essa compreensão cada vez que fala com a equipa, mas continua a sentir necessidade não de perguntar, mas de colocar em debate a questão da alimentação.

É novamente explicado à Sr.^a M. que uma vez que a cliente não tem capacidade para se alimentar por via oral, o fato de a estarmos a alimentar por via entérica apenas é suscetível de aumentar o desconforto, uma vez que estamos perante um caso de grande debilidade física e a entrar num período de falência multiorgânica progressiva no decurso natural da doença, o fato de mantermos o aporte nutricional em nada vai atrasar ou avançar o momento da morte, para além de que se trata de uma medida invasiva e desconfortável, a alimentação no contexto em que a cliente se encontra é portanto uma medida fútil e desnecessária.

13/3/2016 (T). Presença de uma amiga da cliente e da Sr.^a M. no quarto, amiga com comportamento desadequado perante a situação, com questões inapropriadas e em grande número, foi encaminhada para a Sr.^a M. uma vez que esta é a pessoa de referência da utente e cabe a ela a decisão de dar ou não informações sobre o estado de saúde da mesma.

Após alguns turnos sem ter estado com a cliente, volto a ter contato com a mesma na manhã de 16/3/2016 dia em que há uma CF marcada com a Dr.^a e a Sr.^a M. onde é reforçado à Sr.^a M. a necessidade de apoio de uma equipa de enfermagem diário para vigilância do local de punção SC, para avaliação clínica e monitorização de sintomas. Realizados ensinios acerca de posicionamentos, locais de vigilância, cuidados à boca, deteção de sinais de má absorção do soro e sinais de agravamento. Sr.^a M. sempre

assertiva e colaborante, pede que contatemos a equipa de enfermagem ao domicílio de uma instituição privada para a prestação de cuidados ao domicílio.

16/3/2016 (T). Volto a estar com a cliente e com a Enf.^a C.M. paramos a perfusão do soro por este apresentar sinais de má absorção aproveitando o momento para mostrar à Sr.^a M. que se encontra no quarto da cliente com uma amiga quais são os sinais que nos levam a realizar essa ação e de qual modo deve ser realizado. Reforçados mais uma vez ensinamentos sobre hipodermóclise, feitos indesejáveis da mesma (seromas e respiração ruidosa), Sr.^a M. mantém-se bastante assertiva nas respostas bem como nas ações que deve realizar no domicílio.

A vigilância do local de punção passa pela identificação de sinais de má perfusão periférica nomeadamente o aparecimento de edema ou eritema que revertem após a suspensão da hipodermóclise por curtos períodos.

É aproveitado o momento para ser abordada a questão das medidas a adotar em caso de agravamento da cliente ou morte no domicílio, foi deixada a hipótese de contatar o serviço sempre que surjam dúvidas, agravamento do estado da cliente ou dificuldade em manter a mesma no domicílio apesar de ser esse o seu desejo não pode ser também para a Sr.^a M. um momento de sofrimento e angústia. Mantém discurso coerente, diz que vai cumprir o desejo da prima e que no passado já viveu a mesma situação com a mãe da qual cuidou até ao momento da sua morte.

17/3/2016 (M). Foi estabelecido por mim e pela Enf.^a C.M. o contato com a instituição privada escolhida para a continuidade de cuidados no domicílio e enviada nota de alta de enfermagem. A cliente mantém-se tranquila, globalmente confortável, sem intercorrências. Sem sinais de má perfusão periférica

Foi realizada no mesmo turno PS com a Sr.^a M. que se apresenta com labilidade emocional, até ao momento segundo a mesma ocupada com burocracias não tinha tido tempo para chorar. Foi valorizada atitude da prima por querer satisfazer o desejo da cliente de morrer em casa. Mantém-se bastante assertiva, foi reforçada por nós a questão do serviço estar disponível em caso de necessidade ou dúvida, agradece o trabalho da equipa.

17/3/2016 (T). Quando entramos no quarto a Sr.^a M. aborda-nos questionando no caso da morte da cliente como deve proceder para obter a certidão de óbito. Explicado à Sr.^a M. que não deve contatar a emergência médica, uma vez que não era esse o desejo da prima, que deve dentro dos possíveis manter a serenidade e contatar a instituição responsável pelos cuidados domiciliários para a realização do mesmo e, deixada abertura para que no caso de ver da parte deles algum entrave, pode sempre telefonar para o serviço que tentaremos através dos meios disponíveis ajuda-la no que for necessário.

A cliente tem alta a 18/3/2016 para domicílio na companhia da prima Sr.^a M., na manhã da alta entregue documentação para a mesma e reforçados ensinamentos.

Não voltámos a ter notícias da cliente nem houve contato por parte da Sr.^a M...

Reflexão: A escolha deste caso clínico neste ponto do relatório tem para mim extrema importância uma vez que estamos perante uma cliente que não comunica, que tem como única familiar uma prima, a Sr.^a M.

A prima ao longo de todo o internamento mostra ser uma pessoa de uma enorme coragem por querer respeitar o desejo da cliente, expressado quando a mesma tinha capacidade cognitiva para o fazer, de querer morrer em casa.

Por experiências anteriores a Sr.^a M. recusa todas as medidas que causem sofrimento ou desconforto à cliente e a cada contato parece aprender e, querer saber mais, para que a prestação de cuidados no domicílio, após a alta clínica seja o mais adequada possível.

Não houve período de revolta nem negação neste caso clínico, pelo contrário estamos perante um elemento de uma família que concorda com as opiniões da equipa, mesmo desconhecendo a filosofia dos CP no início do internamento, à abordagem concorda que são adequados à situação.

A Sr.^a M. fez parte integrante dos cuidados prestados à prima, foram inúmeras vezes valorizadas a sua coragem, força e determinação. Foram realizados vários PS com a familiar e uma CF ao longo do internamento onde foi exposta a situação clínica e a cada decisão da equipa multidisciplinar, aqui representada pela Dr.^a B. e enfermeiras/os presentes no turno responsáveis pela cliente, foi escutada a opinião da família e respeitados os tempos que a mesma necessitava para assimilar toda a informação que lhe era dada.

As necessidades/recursos existentes para a alta da cliente foram também identificadas de maneira a que pudesse ser preparada a saída para domicílio, deixando sempre a porta entreaberta do serviço no caso de existir alguma dificuldade ressaltando aqui a importância nas equipas de CP no apoio à família mesmo quando os doentes/clientes já não se encontram, fisicamente no serviço.

6.4. Trabalho em Equipa

Uma equipa é um conjunto de profissionais com uma conceção comum, e uma mesma missão definida em conjunto, que trabalham e elaboram a abordagem aos problemas do doente que todos consideram. Constituiu-se quando os seus membros disponibilizam competências ou capacidades ao serviço de um interesse comum através de uma livre expressão e partilha de opiniões com o objetivo de realizar determinada tarefa. ⁽⁵⁵⁾

Os CP pressupõem a avaliação e tratamento por uma equipa multidisciplinar que deve intervir em casos específicos. Na constituição da mesma deve-se ter em conta as funções e competências de cada elemento que a constituem uma vez que todos são essenciais e necessários para a satisfação das necessidades do doente e família. ^(21,56)

A equipa multidisciplinar em CP deve responder a pré-requisitos entre os quais se destacam a clareza e consenso dos objetivos e nas estratégias, reconhecimento da contribuição pessoal de cada elemento bem como a sua elevada competência, liderança competente e adequada, avaliação da eficiência e/ou eficácia e a qualidade dos esforços e o suporte para o luto.

No âmbito dos CP é na sua essência constituída por um médico, dois a três enfermeiros e um assistente social, sendo que posteriormente deverá incorporar outros elementos de outras profissões que possam valorizar a equipa e o projeto promovendo assim a evolução da organização. Em termos de diferenciação a equipa pode ser considerada básica, completa e de referência. Uma equipa básica é constituída apenas por médico, enfermeiro com o apoio de assistente social e psicólogo, distinguindo-se da completa uma vez que nesta estão também incluídos pelo menos mais dois profissionais (fisioterapeuta, terapeuta da fala, assistente espiritual, entre outros) e a de referência é uma equipa completa que se dedica ao ensino e à investigação. ^(4,14,21)

A equipa multidisciplinar de CP do HL onde decorreu o meu período de PC é uma equipa de referência com um programa anual de formação continua onde são inseridos cursos básicos de CP, workshops acerca de temas chave na área, entre outras ações de formação destinadas a todos os elementos internos ou externos.

Ao longo da PC tive oportunidade de acompanhar diferentes intervenções dos diversos elementos da equipa multidisciplinar de forma a conseguir compreender a importância e responsabilidades dos vários intervenientes valorizando assim o trabalho em equipa.

Nesta equipa o plano de ação era discutido diariamente entre enfermeiros e médicos do serviço responsáveis pelo cliente, onde eram diariamente revistas as necessidades, de maneira a poder definir diariamente novas prioridades que visavam sempre o conforto do cliente e família.

Quando necessária a intervenção de outros elementos da equipa multidisciplinar era pedido de imediato apoio dos mesmos, apesar de não estarem sempre presentes no serviço, como era o caso do assistente espiritual, dietista, fisioterapeuta eram chamados a intervir na realização de planos de cuidados individualizados tendo em conta as necessidades dos clientes e família.

Na equipa de CP do HL, não havia intervenção de um elemento primordial na equipa multidisciplinar em CP, o assistente social, uma vez que este hospital é de vertente privada e como tal a instituição não privilegia a existência de um profissional nessa área. A falta deste profissional era a meu ver uma sobrecarga para a coordenação de enfermagem e familiares dos clientes uma vez que passava por eles a resolução de questões que envolvessem preparações de altas, contato com outras instituições com o intuito de transferir os clientes, contato com unidades de apoio domiciliário necessários no caso de estarmos perante um cliente que tenha alta hospitalar, entre outras.

Para além disso importa referir que, na equipa multidisciplinar do HL, havia semanalmente uma reunião, às terças-feiras pelas 14h, com a presença de vários elementos da equipa multidisciplinar que tinha como objetivos a partilha de informação atual nomeadamente a discussão de artigos científicos apresentados e relevantes para o tema dos CP e, também onde eram discutidos casos clínicos de clientes, que se encontravam internados, de maneira a definir estratégias a adotar com estes e suas famílias com o intuito de facilitar a nossa intervenção. Essas reuniões eram coordenadas pela diretora clínica da UCP.

A diretora da UCP pode ser identificada como a líder desta equipa multidisciplinar, que funciona com base numa liderança assente em objetivos definidos e previamente traçados.

Caso clínico 4 – Sr. J.S. de 81 anos.

História clínica: O Sr. J.S. é um cliente de raça caucasiana, que dá entrada direta no serviço no dia 08/03/2016 por agravamento respiratório com dias de evolução, consistindo com o aumento de secreções, sensação de falta de ar, com necessidade de fazer BIPAP continuo a realizar ATB há mais de 8 dias. Era um doente com Esclerose Lateral Amiotrófica com 10 anos de evolução atualmente com predomínio bulbar importante, HTA, Hiperuricemia, HBP e Obstipação.

Situação Familiar: O cliente era produtor vinicultor, viúvo há 30 anos, que reside em domicílio próprio com o apoio de cuidadoras, enfermeiras e fisioterapeutas. Tem três filhos, dois do sexo masculino e uma do sexo feminino aparentemente com má relação, distanciamento. A gestora de caso é uma nora.

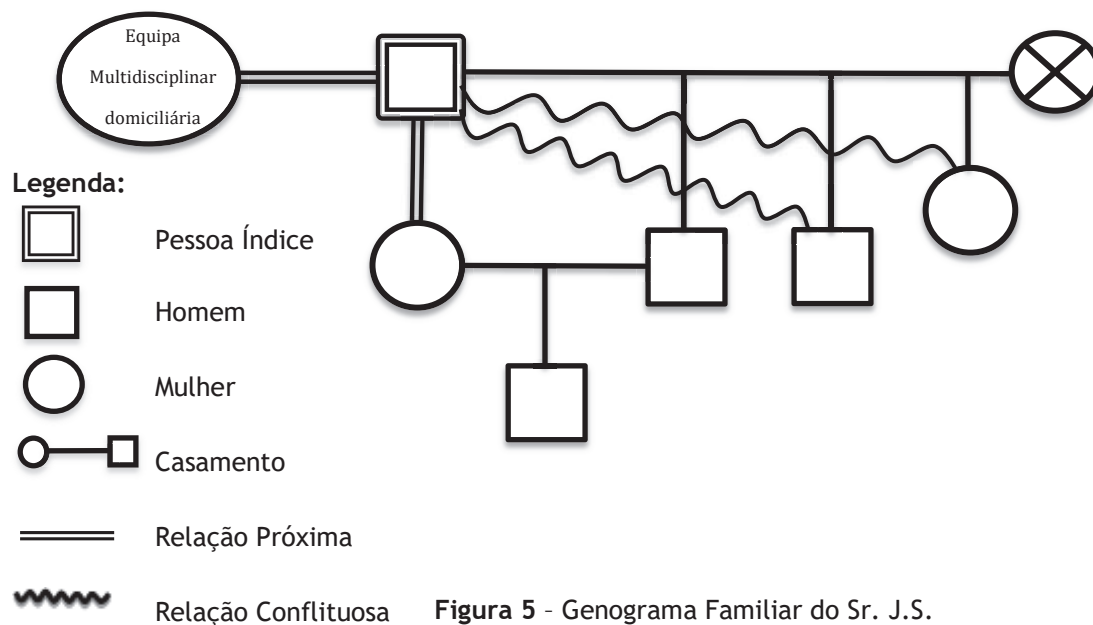


Figura 5 - Genograma Familiar do Sr. J.S.

Desenvolvimento: O Sr. J.S. ao longo do internamento apresentou sinais de perda de capacidades devido à evolução da sua doença de base, a ELA, o cliente que

anteriormente cumpria BIPAP noturno por máscara facial e máscara nasal, com auxílio de um dispositivo adequado que ajuda a manter a cavidade oral fechada durante a utilização da mesma, por períodos durante o dia. Começou a necessitar de fazer suporte ventilatório 24h por dia, deixou de tolerar a máscara nasal, inclusive no dia 14/03/2016 teve um período de descompensação respiratória associada ao uso da mesma, deixou de tolerar alimentação, com sinais claros de disfagia, os alimentos e a água gelificada fornecidos acabavam por ficar acumulados na cavidade oral havendo necessidade de serem posteriormente retirados.

Para a equipa cuidadora no domicílio isto foi um momento de crise uma vez que, o cliente com um avançar atípico da doença de mais de 10 anos de evolução, começou a perder as suas capacidades muito repentinamente. Para as cuidadoras o principal objetivo era alimentar o cliente, que começava a recusar a alimentação devido ao desconforto que sentia quando estava sem o suporte ventilatório.

Para além disso o cliente começou a tolerar o levante por curtos períodos enquanto no domicílio passava o período diurno no cadeirão a ver televisão exceto após o almoço que tinha como hábito descansar na hora da sesta. Tinha uma atrofia muscular generalizada importante.

Foi discutido em reunião de equipa multidisciplinar no dia 15/03/2016 a abordagem que deveria ser utilizada com a equipa domiciliária do cliente de maneira a que houvesse da parte de todos aceitação no tipo de cuidados prestados. Tendo ficado decidido o plano de ação, a cada abordagem à equipa domiciliária iriam ser feitos PS regulares de modo a que percebessem e integrassem a informação acerca do porquê do cliente não ser alimentado, da evolução natural da doença, perda de capacidades funcionais e tudo o que se considerasse relevante no momento.

Os pontos de situação foram decorrendo cada dia com uma cuidadora diferente e na noite com as enfermeiras presentes e foi havendo uma abertura por parte da equipa cuidadora do domicílio que até então se mostrava muito renitente aos cuidados prestados.

Percebemos que a equipa tinha dificuldade em relação à questão da alimentação, pois entre cuidadoras o importante era a quantidade de alimentação ingerida, foi explicado múltiplas vezes que o facto de se alimentar o cliente era neste momento um malefício para ele, reforçada inúmeras vezes a ideia que a doença estava a evoluir e as necessidades anteriores não podiam ser tidas em conta, que a promoção de conforto era o objetivo dos nossos cuidados.

Foi um trabalho exaustivo uma vez que era uma equipa composta por múltiplos elementos, mas que no final foi concretizado o objetivo de manter o doente confortável, inclusive o próprio admitiu que não se sentia bem ao ser alimentado, devido à constante sensação de dispneia sempre que havia necessidade de momentaneamente retirar o suporte ventilatório.

De salientar também que o cliente esteve presente em quase todos os PS realizados e quando questionado pelas cuidadoras se queria alimentar-se respondia que não, bem como no final do internamento começou a recusar o levante após a sesta por não se sentir confortável. Apesar das perdas funcionais associadas ao evoluir da doença, o Sr. J.S. esteve sempre consciente.

Teve alta para o domicílio a 21/03/2016.

Reflexão: Este caso clínico é a evidência que o trabalho em equipa é uma das bases dos CP, o papel de cada um dos membros que constituem a equipa multidisciplinar deram contributos no sentido de prestar cuidados de qualidade, de encontro à promoção do conforto do cliente:

- Enfermeiros: na avaliação diária das necessidades do cliente, controlo sintomático, apoio à família e equipa de cuidadores domiciliários e na interação entre todos os elementos de ambas as equipas;
- Médicos: na reavaliação dos sintomas que surgiam como problemas potenciais, na orientação terapêutica, no apoio à família e equipa de cuidadores domiciliários e na articulação com os outros médicos responsáveis pelo cliente, neste caso específico com a médica pneumologista;
- Fisioterapeutas: na avaliação funcional das capacidades do cliente, na troca de informações com as colegas que intervêm no domicílio que vão de encontro às perdas existentes pelo avançar da doença;
- Psicóloga: essencial para a avaliação do estado emocional do cliente, família e cuidadoras fornecendo apoio psicológico a todos, estabelecimento de relação empática, auxiliando nas dificuldades que surgem em lidar com o avanço da doença, o ajuste de expectativas realistas bem como o estabelecimento de objetivos a curto prazo.

Estamos perante um cliente com doença neuro degenerativa, com uma evolução longa e atípica, que possuía no seu domicílio todos os recursos materiais e humanos necessários para a sua situação clínica.

Quando confrontados com um agravamento do estado de saúde do cliente, a família opta por hospitalizar o mesmo por incapacidade em gerir a situação atual. Claramente que acima do motivo de hospitalização, a nora do cliente e gestora de caso necessita de ajuda para lidar com toda a equipa que atua no domicílio.

Esta equipa formada por três enfermeiras, quatro cuidadoras, fisioterapeuta, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional não trabalham como equipa no sentido que muitos dos intervenientes não chegam a cruzar-se, logo não pode haver momentos de partilha, de discussão nem tomada de decisões que seriam fundamentais a adotar com o avançar da doença e o aparecimento de novas crises, acabando por fazer cada uma a título individual aquilo que achava mais importante para o cliente.

A existência do princípio de não maleficência, significa não infligir dano a uma pessoa e é abordado ao longo dos pontos de situação existentes com os vários

elementos da equipa domiciliária, explicando que a perda de capacidade de ingestão oral por parte do cliente, o fato de já não tolerar tão bem os levantes, ser incapaz de permanecer curtos períodos sem o BIPAP demonstravam a evolução da doença e que qualquer atitude ou cuidado prestado no sentido de contrariar aquilo que o cliente estava neste momento apto para fazer só ia trazer malefício, contrariamente ao pretendido pela equipa hospitalar de CP.

A hospitalização do cliente foi fundamental neste sentido uma vez que como equipa especializada em CP, transmitimos à equipa domiciliária deste cliente as necessidades identificadas nesta fase do processo de doença crónica e incurável e tentámos falar com todos os elementos da equipa para que a maneira de pensar e de proceder fosse unânime para todos, apesar das renitências e dificuldades observadas e constatadas acho que no momento da alta esta equipa estava orientada para a continuação da boa prestação de cuidados no domicílio, tendo indicação contactar o serviço no caso de dificuldades.

A importância que assume a alimentação no contexto cultural em que o cliente se encontra inserido, bem como a perda de autonomia foram abordados múltiplas vezes até conseguirmos que a equipa cuidadora domiciliária percebesse em que sentido eram as nossas intervenções, a não sobreposição e o respeito mutuo pelos cuidados prestados, fizeram com que no fim fossem atingidos os objetivos estipulados e tivéssemos a certeza que no domicilio os cuidados iriam ser direcionados para o conforto do cliente, independentemente da opinião de cada um. A nora do cliente percebe e agradece a atenção e paciência no estabelecimento daquela que foi a seu ver uma boa relação entre equipas, fundamental para a boa prestação de cuidados adequados à fase da doença em que o Sr. J.S. se encontra.

Parte III - Projeto de intervenção no serviço

Serve a última parte deste relatório para demonstrar a aquisição de competências nos seguintes pontos: promoção de programas de formação em CP para diferentes profissionais de saúde, estruturação e implementação de programas em CP e avaliação da qualidade dos serviços e programas implementados.

De acordo com a Adenda ao Regulamento do Mestrado em CP, pretende-se que aqui seja descrito o Projeto de Intervenção desenvolvido no serviço onde o estudante desempenha as suas funções. Nela deverá ser identificada a área problema, o objetivo, o plano pedagógico da formação e de intervenção, procedendo à fundamentação teórica das diferentes etapas que o constituem desde o planeamento, à realização, avaliação, incluindo um aprofundamento da própria temática.

O PI como referido anteriormente teve lugar numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, especificamente aquela onde exerço funções como enfermeira.

7. Avaliação e Controlo da Dor no Doente que Não Comunica

O presente capítulo encontra-se sustentado teoricamente pela RSL, intitulada “Avaliação e Controlo da Dor no Doente que Não Comunica” cujo desenho é exposto em Apêndice III.

Para a realização e fundamentação teórica deste PI foi revista a literatura científica publicada entre Janeiro de 2011 e Setembro de 2016, disponível na Biblioteca do Conhecimento Online B-On; Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal; Repositório Científico do IPCB; Motores de busca Google scolar, PubMed, Chocrane e Referências Bibliográficas pertinentes mencionadas em alguns artigos que sustentam o tema em questão.

Como referido na parte II do presente relatório, os CP assentam em quatro áreas chave de igual importância, para realização deste PI a minha escolha recaiu sobre o controlo sintomático, abordado numa perspetiva diferente, uma vez que específico a dor como objeto de estudo, num grupo diferenciado de utentes com dificuldade ou incapacidade para comunicar.

Nos dias que correm e com todos os progressos que surgiram na área da saúde, torna-se cada vez mais indispensável, falar em controlo sintomático em todas as áreas, mas fulcralmente em CP.

A dor surge como o número um dos sintomas, que atualmente não pode ser descurado, com todos os meios de controlo farmacológicos e não farmacológicos existentes é desumano permitir, como profissional de saúde, que um doente tenha dor não controlada.

Assim, é fundamental despertar a atenção de toda a equipa multidisciplinar para esta temática, principalmente enfermeiros uma vez que, somos a classe profissional

que mais tempo passa com o doente e é pelas nossas mãos que passam diariamente os registos descritivos dos utentes. Tem de passar pela equipa de enfermagem, o alerta e o ensino aos outros elementos da equipa multidisciplinar de forma a sensibilizar, o máximo de pessoas intervenientes, para este problema.

A palavra dor deriva do latim da palavra “*poena*” e é definida como uma “sensação a qual a pessoa experiencia desconforto, angústia, ou sofrimento devido a estímulos de nervos sensitivos.”⁽⁵⁷⁾

A dor é definida como um sintoma, não um diagnóstico, quando existente não é determinada pela quantidade de dano físico que causa, mas pode ser influenciada por múltiplos fatores, acompanhando de forma transversal grande parte das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.⁽⁵⁵⁾

Nos últimos anos tem sido descrita como uma experiência individual, subjetiva e multidimensional. Fatores como os fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade. Daí a importância da definição de dor total de Cicely Saunders, pioneira nos CP que engloba os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.^(59,60,61)

Controlar corretamente a dor, é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes, que padecem deste sintoma, devem ser para isso encontrados todos os meios necessários que promovam o alívio da mesma, pois como sensação desagradável que é, esta perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa.⁽⁶²⁾

Existem múltiplas as barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo da vida, em particular nos grupos mais vulneráveis, como é o caso dos doentes que não comunicam sobre os quais vai incidir este PI, pois apesar dos avanços da medicina, continuam a existir mitos, falsos conceitos e informação desadequada em todos os intervenientes – doentes, profissionais e instituições.

Os doentes escolhidos para a temática em questão são os não comunicantes, pois há evidência, de que a dor não é corretamente tratada nestes doentes, genericamente é subavaliada e subtratada. Para além dos doentes que não comunicam verbalmente é importante incluir neste grupo aqueles que são incapazes de verbalizar eficazmente, como é o caso, por exemplo, dos doentes com demência avançada que não são avaliados corretamente o que por consequência, nos leva a concluir que a dor não é devidamente controlada nestes doentes.⁽⁶³⁾

A falta de reconhecimento deste sintoma é notória, na avaliação da dor é primordial a autoavaliação por parte do doente, mas quando isto se torna impossível, por estes apresentarem défices cognitivos ou incapacidade para verbalizar é necessário existir um conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, onde a observação direta deve ser utilizada para identificar comportamentos sinónimos de dor.⁽⁶⁴⁾

Os vários estudos existentes apontam para o fato de existir uma desvalorização deste sintoma neste tipo de doentes. Nos doentes com défices cognitivos os sinais de dor presentes podem ser confundidos com outros sintomas como é o caso da agitação,

ansiedade, astenia, e o que acontece frequentemente é que os doentes em que a dor não é corretamente valorizada são medicados para o controlo destes outros sintomas fazendo com que a dor continue lá e o doente tome medicação desnecessária que vai sendo progressivamente aumentada pois o doente vai manter as mesmas alterações uma vez que a essência do problema continua presente, sem ser controlada.

Há indicadores de que a população com défices cognitivos está a aumentar e há poucos estudos sobre a avaliação da dor neste tipo de doentes. Sendo a demência uma das maiores causas de dependência funcional e que prejudica a qualidade de vida dos idosos. O fato de não haver queixas frequentes por parte dos doentes não significa que a dor não esteja presente. ⁽⁶⁴⁾

Daí a importância de aprofundar conhecimentos, acerca de técnicas de avaliação da dor neste tipo de doentes, a forma como devemos proceder, para um correto alívio deste sintoma, passa por uma boa avaliação da dor, mas para isso temos de estar despertos para os recursos existentes para facilitar essa tarefa. A avaliação da dor nas pessoas com défices cognitivos, é um processo complexo que inclui mitos sobre a dor no envelhecimento e são recomendadas abordagens práticas e a utilização de instrumentos adequados e validados para facilitar essa avaliação, as escalas de heteroavaliação do controlo da dor foram aplicadas em serviços, e por consequência comprovada a sua eficácia. Consistem numa avaliação do doente feita pelo profissional de saúde em relação ao comportamento do mesmo, são de fácil utilização e estão facilmente à disposição dos profissionais, sendo necessário alertar os mesmos para a sua existência de forma a que se tornem papel fundamental na prestação de bons cuidados. Apesar da sua existência o uso de escalas de avaliação de dor adaptadas ao doente não comunicante não é prática corrente nos nossos serviços. ^(65,66,67)

É fundamental que os enfermeiros tenham formação sobre a dor para facilitar a compreensão deste tipo de escalas de avaliação. ⁽⁶⁸⁾ A utilização destas deve ser vista como uma estratégia na promoção da qualidade no diagnóstico e consequente tratamento e controlo da dor, sendo necessário implementar estes instrumentos e promover a educação das equipas de enfermagem. ^(69,70)

Existem um conjunto alargado de instrumentos de avaliação da dor para doentes que não comunicam sendo que a maioria destes são indicados para doentes em unidades de tratamento intensivo. Este estudo porem, como já foi referido anteriormente, incide nos doentes que não comunicam pela presença de défices cognitivos ou que por patologia neuro degenerativa perderam a capacidade para tal.

Os comportamentos das pessoas que não comunicam face à situação dolorosa passam pelas mudanças posturais, gestuais e faciais. ⁽⁷²⁾ Sendo que a ajuda de cuidadores e/ou familiares é fundamental para este diagnóstico, uma vez que conhecem o doente o suficiente para reconhecer uma mudança no comportamento ou padrão de atividades habituais que podem ser causadas pela presença de dor. ⁽⁷³⁾

As avaliações da dor, independentemente do tipo de escala utilizado só se consideram completas quando existe um registo da dor do doente no processo do mesmo.

No caso da UCCI onde exerço funções, existe um protocolo que utiliza a PAINAD como escala de avaliação de comportamentos da dor para doentes que não comunicam. Esta escala traduzida, validada e aprovada em inúmeros países como Japão, China, Itália e Alemanha, mostra-se eficaz uma vez que permite a avaliação da dor em repouso e durante os cuidados prestados sem necessidade de conhecer previamente as manifestações habituais das pessoas não comunicantes, sendo de fácil utilização. ⁽⁷⁴⁾

Num estudo realizado no nosso País, procedeu-se à tradução da escala PAINAD e ao estudo das suas propriedades psicométricas (Validade e fiabilidade) em pessoas idosas, com ou sem demência, internadas em serviços hospitalares com patologia médica e/ou cirúrgica. A versão portuguesa da escala apresentou boas propriedades psicométricas sendo válida e fiável para uso em doentes idosos com ou sem demência. ⁽⁷⁴⁾

A escala é composta pelos indicadores expressão facial, inquietude, linguagem corporal, vocalizações e consolabilidade, onde em cada um dos indicadores é atribuída uma pontuação de 0 para sem sinais de dor e 2 para máxima dor possível, sendo que o total do *score* obtido no caso de dor severa/insuportável é de pontuação 10.

Para o controlo efetivo da dor é necessário que a escala seja utilizada de forma precisa e regular de modo a que o tratamento implementado no caso de existir dor no doente não comunicante possa ser avaliado regularmente com o intuito de se procederem assim aos ajustes de terapêutica necessários para o controlo deste sintoma.

O controlo da dor passa pela administração de analgesia, segundo regras estabelecidas pela OMS, utilizando as terapêuticas e recursos não farmacológicos, à nossa disposição no serviço.

O objetivo do controlo da dor deve ser o aumento do conforto do doente para o tratamento o uso da analgesia é uma das formas mais utilizadas que deve ser administrada após a correta avaliação da intensidade da dor. O tratamento da dor passa também pela administração de analgesia como prova terapêutica, isto deve acontecer quando não é possível avaliar com certeza a presença de dor. ⁽⁷⁰⁾

O analgésico a utilizar deve estar de acordo com o *score* obtido na avaliação da dor de forma a ser o mais eficaz no seu tratamento. No tratamento farmacológico da dor incluem-se ainda a utilização de anti-inflamatórios não esteroides (AINE's) indicados para o alívio de dores leves ou moderadas. Para o tratamento da dor moderada a severa devem ser utilizados opióides, devidamente titulados e segundo e utilizando a via de administração mais adequada ao doente. ^(70, 75, 76)

Para além do tratamento farmacológico da dor existem técnicas não farmacológicas que têm demonstrado eficácia no alívio da mesma, tais como, técnicas de relaxamento,

estimulação cutânea, aromoterapia, psicoterapia, massagem terapêutica e musicoterapia. ⁽⁷⁰⁾

A literatura recente indica que a introdução de analgesia nos doentes idosos com défices cognitivos diminui a quantidade de medicamentos psicotrópicos prescritos, assim se confirma que a dor neste grupo de doentes é frequentemente confundida com agitação. ⁽⁷⁵⁾

É necessário neste tipo de doentes encontrar o equilíbrio entre o correto alívio do sintoma e a sobredosagem terapêutica uma vez que o doente é incapaz de nos transmitir as suas necessidades específicas. ⁽⁷⁵⁾

7.1. Caracterização do serviço de origem e seu funcionamento

A UCCI da SCM é um estabelecimento integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que presta cuidados de saúde a pessoas em situação de dependência temporária ou permanente, independentemente da idade. Encontra-se em funcionamento desde 1 de Agosto de 2014, apesar de, a sua inauguração oficial, ter tido lugar no dia 24 de Março do ano de 2015.

A RNCCI é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social que tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. ⁽⁷⁷⁾

Os Cuidados Continuados Integrados centram-se na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra e têm como valores: ⁽⁷⁷⁾

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados;
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- Participação das pessoas em situação de dependência, dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede;

- Participação e coresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados;
- Os cuidados paliativos devem estar integrados na prática normal dos cuidados. Integração mais precoce previne “*distress*” a longo prazo. Não só atender os sintomas e necessidades físicas, mas também os problemas psicológicos e espirituais dos doentes;
- Otimização do conforto, função e suporte social aos doentes e familiares quando a cura não é possível. ⁽⁷⁷⁾

A UCCI da SCM é atualmente constituída por 30 camas de unidade de longa duração e manutenção (ULDM), 10 camas de média duração e reabilitação (UMDR), 11 cama de residência de saúde e bem-estar (RSBE) estando, no entanto, aprovada à data da realização deste relatório o aumento do número de camas de UMDR, alteração essa que terá lugar a partir do próximo dia 1 de Outubro do corrente ano.

Funciona com uma equipa própria, distinta das restantes estruturas da SCM, sendo um elemento partilhado. Fazem parte da equipa multidisciplinar da UCCI 2 médicos (sendo um o responsável clínico da instituição), 16 enfermeiros (entre os quais o enfermeiro coordenador, que é parte integrante da equipa de prestação de cuidados), 22 auxiliares de ação médica, 2 assistentes sociais (sendo que, uma executa funções de diretora técnica da instituição), 4 fisioterapeutas, uma psicóloga, uma terapeuta da fala, um terapeuta ocupacional, uma animadora sociocultural, uma psicomotricista e um nutricionista partilhado com as restantes estruturas, para além dos administrativos e técnicos de serviços gerais.

Na UCCI são admitidos muitos utentes que sofrem processos de doença crónica evolutiva, as patologias mais frequentes são processos demenciais avançados, doenças neuro degenerativas e doenças do foro oncológico. Assim, toda a equipa é diariamente confrontada com a evolução destas e outras doenças, tornando-se necessário a aptidão para saber responder à sintomatologia que acompanha a evolução das mesmas e, apesar dos esforços existem, contudo, algumas lacunas.

Este PI foi realizado no sentido de minimizar uma lacuna identificada, transversal aos serviços pelos quais passei ao longo da minha curta carreira profissional, sendo que, o meu local de trabalho atual, não é exceção.

8. Projeto de Intervenção

O PI definido aquando a redação do Projeto de Relatório de Prática Clínica passa então por dar resposta à problemática acima descrita, sendo que, grande parte dos trabalhos realizados na componente teórica ao longo do 1º ano de mestrado incidiram no controlo sintomático, nomeadamente a proposta de melhoria do serviço, o plano de formação e a RSL.

Assim sendo realizei uma análise SWOT para o projeto de melhoria de serviço, com base no indicador de qualidade “Percentagem de doentes que não comunicam com evidência de que o controlo da dor foi alcançado” para o qual contava utilizar como fontes de dados os processos clínicos, registos de enfermagem e dados administrativos dos doentes.

O PI passou por antes de mais, procurar junto da direção da instituição a concordância para a realização da formação em serviço no seio da instituição, sendo que, posteriormente poder procedi à sensibilização da equipa multidisciplinar para a temática. Aproveitando o fato de alguns elementos, principalmente da equipa de enfermagem, possuírem formação avançada em CP, ajudando assim com o suporte necessário para a implementação do projeto.

Este foi constituído inicialmente por uma formação em serviço, com a duração total de 3h dirigida a toda a equipa multidisciplinar e a outros elementos das equipas das restantes estruturas da SCM. Tinha por base os conhecimentos adquiridos no âmbito da unidade curricular de pedagogia em CP, no âmbito da qual tinha sido previamente por mim elaborado um plano de formação alusivo ao tema.

Posteriormente à formação e com base na revisão sistemática da literatura realizada, estava inicialmente previsto a criação de um documento, no qual constassem a escala de avaliação da dor adaptada aos utentes que não têm capacidade para comunicar bem como um procedimento para a correta utilização da mesma, com o intuito de serem ambos implementados no processo dos utentes, admitidos na instituição, sem capacidade de verbalizar a dor.

Ao mesmo tempo tencionava implementar no serviço um protocolo de atuação, devidamente fundamentado, diretamente relacionado com o tema em questão, para que o modo de atuar em caso de descontrolo da dor seja universal a toda a equipa, com base na escada analgésica da OMS, anteriormente apresentada neste relatório.

Como referido anteriormente, a minha intenção passava por melhorar os cuidados prestados no serviço onde desempenho diariamente a minha atividade profissional, esperando acima de tudo fomentar o interesse dos colegas enfermeiros, médicos do serviço e restante equipa multidisciplinar para o tema, uma vez que a necessidade de atualização de conhecimentos é transversal a todas as profissões na área da saúde, que muitas vezes os mitos existentes e as questões económicas podem prejudicar a boa prestação de cuidados.

Aquando a preparação da minha formação e em conversa com o enf. Coordenador cheguei à conclusão que já existia no serviço um protocolo, aprovado em mesa da assembleia da SCM intitulado “Normas e procedimentos para atuação em caso de dor” (Anexo III), este protocolo é composto por 5 páginas. Ao folhear o mesmo reparo que vai de encontro aos objetivos a que me propus na estruturação deste projeto uma vez que faz uma abordagem superficial aos tipos de dor, apresenta uma escala numérica de avaliação da dor a utilizar no caso de haver colaboração por parte do doente, tem uma escala de avaliação do comportamento da dor para quando a pessoa não tem

capacidade para comunicar e por último uma tabela de tratamento farmacológico a administrar no caso de ser necessário intervir farmacologicamente.

Assim sendo em vez de criar um protocolo como inicialmente estava previsto no meu projeto de intervenção, optei por durante a formação em serviço apresentar e explicar aos diversos elementos da equipa o protocolo já existente, de maneira a que este pudesse vir a ser utilizado por todos fazendo com que o controlo deste sintoma neste tipo de doentes passasse a ser uma linguagem transversal a todos os elementos da equipa multidisciplinar. Este protocolo existente para além de definir o tratamento a administrar em caso do descontrolo sintomático da dor, preconiza também a avaliação da dor nos doentes comunicantes e não comunicantes, fornecendo os meios necessários para que esta avaliação seja devidamente feita e que o tratamento a implementar posteriormente mostre resultados satisfatórios.

8.1. Princípios/Critério

Sabemos que atualmente as Unidades de Cuidados Paliativos são insuficientes para o número de doentes que necessitam deste tipo de cuidados, o que faz com que outros serviços do SNS recebam estes doentes, não estando por vezes preparados para assegurar com boas práticas bons cuidados em fim de vida. Este é o caso da unidade em questão, uma unidade de cuidados continuados com valências de média e longa duração.

A abordagem científica ao controlo de sintomas pode resumir-se em cinco categorias, nomeadamente a avaliação do sintoma, explicação dos procedimentos antes do tratamento, controlo (através do tratamento individualizado), observação contínua com a avaliação do impacto do tratamento e a atenção aos pormenores, não fazendo juízos não fundamentados. ⁽⁴⁾

O uso de medicação para controlo de sintomas é ainda hoje um mito para inúmeros profissionais. Uma das barreiras para o controlo da dor não eficaz encontra-se relacionada com os profissionais de saúde não terem conhecimento dos procedimentos necessários para o controlo da dor, particularmente quando esta é concomitante com outros sintomas, o que impede que seja feita uma correta avaliação deste sintoma e consequentemente uma má gestão do seu controlo. ⁽²⁵⁾

Não podemos falar de CP se estamos perante um doente que não tem, entre outros, os sintomas associados ao agravamento do seu estado de saúde/progressão da doença controlados. O carácter múltiplo dos sintomas destes doentes requer a sua avaliação inicial sistemática e a monitorização da sua evolução, incluindo a intensidade, o impacto nas atividades da vida quotidiana, o impacto emocional e a probabilidade de controlo dos diferentes sintomas.

Tendo em conta o carácter complexo de um utente nesta situação clínica é necessária uma abordagem interdisciplinar, associando profissionais com formação e

treinos diferenciados. Todos estes profissionais necessitam de formação específica e de uma constante atualização de conhecimentos. ⁽¹⁵⁾

Como se pode verificar, o controlo de sintomas não pode ser descurado, daí a escolha desta temática, pois se trabalhamos num serviço, em que recebemos doentes com necessidades paliativas, temos de mudar as nossas práticas correntes, fazendo com que toda a equipa esteja sensibilizada para a utilização de instrumentos de suporte que nos ajudem a melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, bem como à prática de intervenções paliativas, junto destes, que por um motivo ou outro, não têm a oportunidade de estar internados, num serviço diferenciado.

O uso de opióides no controlo da dor é também uma barreira existente, principalmente quando estamos perante pessoas de idade avançada, uma vez que, ainda existem na nossa sociedade, diversos mitos associados ao uso de opióides, fazendo com que por essa razão este sintoma não seja devidamente tratado.

Tabela 2 - Análise SWOT

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Ambiente Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Boa relação entre os elementos da equipa; • Boa Comunicação entre a equipa; • Consciencialização dos Elementos da Equipa da necessidade de Realizar Intervenções Paliativas na Instituição; • Motivação da Equipa para a aprendizagem/formação na área de Cuidados Paliativos; • Número de elementos da equipa com formação avançada em Cuidados Paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar; • Necessidade de motivação de grande número de profissionais para a concretização do projeto; • Renitência à mudança; • Sobrecarga laboral.
	Oportunidades	Ameaças
Ambiente Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial de Inclusão na Melhoria da Qualidade da Instituição; • Existência de um ou mais elos de ligação na equipa com outras equipas de Cuidados Paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não valorização do problema por parte da equipa; • Liderança inadequada; • Instabilidade laboral não permitindo a estabilidade da equipa.

8.2. Áreas de Melhoria e Objetivos

- Fomentar na unidade em questão o interesse para a utilização do documento de avaliação da dor existente, para ser utilizado nos doentes que não comunicam, bem como a utilização do mesmo de modo a que a atuação seja universal por toda a equipa de enfermagem, no caso de descontrolo da dor;
- Estabelecer reuniões de equipa com o objetivo de avaliar os resultados das intervenções registados nos processos dos utentes.

8.3. Ações a desenvolver

Tabela 3 - Ações a desenvolver no âmbito do PI

Curto Prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização do Diretor Clínico, do Enfermeiro Coordenador e da Diretora Técnica da Instituição para a importância da temática, obtendo consentimento para trabalhar o tema; • Sensibilização da equipa para a temática e motivá-la para a participação no projeto, com a ajuda dos intervenientes acima citados; • Recrutamento de elementos da equipa do serviço, de preferência com motivação e interesse para trabalhar a temática (da área médica e de enfermagem).
Médio Prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Formação em serviço relacionada com o tema em questão, direcionada a todos os elementos da equipa multidisciplinar, fazendo com que os profissionais de saúde reflitam sobre o padrão das suas práticas; • Promover a utilização de escalas de avaliação e controlo da dor individualizadas e adaptadas à situação clínica de cada utente; • Instituir protocolos na instituição diretamente relacionados com o tema em questão para que o modo de atuar em caso de descontrolo da dor seja universal a todos os elementos da equipa; • Criar um documento para as famílias relacionado com a sua satisfação em relação aos cuidados prestados aos utentes paliativos internados na instituição em questão.
Longo Prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar e avaliar de forma sistemática os resultados e implementar medidas de melhoria e/ou corretivas; • Divulgação dos resultados à direção da instituição; • Realização de investigação sobre o tema; • Formação contínua da equipa; • Reuniões periódicas para esclarecimento de dúvidas aos elementos da equipa sem formação diferenciada de maneira a elucidar todos para as prioridades que envolvam cuidados em fim de vida bem como o respetivo controlo sintomático.

Indicador

a) Nome

Percentagem de doentes que não comunicam com evidência de que o controlo da dor foi alcançado

b) Justificação/Critério

Nos dias que correm e com todos os progressos que surgiram na área da saúde, torna-se cada vez mais indispensável, falar em controlo sintomático em todas as áreas, mas fulcralmente em cuidados paliativos.

O controlo inadequado dos sintomas ao longo da trajetória da doença não só produz mais sofrimento como pode ter um efeito adverso na progressão da própria doença. ⁽⁷⁸⁾ Assim, se os sintomas forem adequadamente controlados pode, para além de se estar a favorecer a qualidade de vida, estar a aumentar a quantidade da mesma. Sem nunca esquecer que os cuidados paliativos valorizam a vida e consideram que a morte é um fenómeno natural pelo que não a aceleram nem a retardam e que o seu objetivo central é a redução do sofrimento e a promoção da máxima qualidade de vida possível.

É fundamental despertar a atenção dos enfermeiros para esta temática uma vez que, somos a classe profissional que mais tempo passa à cabeceira do doente, tem de passar por nós o alerta, aos restantes elementos da equipa multidisciplinar, para estarem despertos e sensibilizados para este tipo de problema.

c) Fórmula

Nº de doentes com evidência de que o controlo sintomático foi alcançado X 100%

Nº total de doentes que não comunicam presentes na UCCI

d) Definição de termos

Para a evidência de que o controlo sintomático foi alcançado será considerado um bom resultado quando ao longo do internamento na unidade em questão o utente não apresente sinais de desconforto.

e) Fonte de Dados: Processos Clínicos, Registos de Enfermagem e Dados Administrativos do doente

f) Standard: 90%

g) Comentários

- Serão excluídos deste estudo os doentes internados na unidade até à data da formação em serviço por o instrumento de avaliação ainda não se encontrar no processo clínico dos utentes;

- Serão excluídos os utentes que sejam seguidos em consultas externas de Cuidados Paliativos ou controlo da dor uma vez que estes utentes têm recomendações específicas a adotar em caso de descontrolo de sintomas.

8.4. Planeamento e Execução

As ações desenvolvidas de entre as inicialmente projetadas foram:

- Sensibilizei o Diretor Clínico, o Enfermeiro Chefe e a Diretora da Instituição para a importância da temática, obtendo consentimento para trabalhar o tema, nomeadamente obtendo consentimento para a realização da formação e posterior avaliação da mesma;
- Sensibilizei a restante equipa multidisciplinar para a temática, nomeadamente a equipa de enfermagem, para a participarem no projeto, com a ajuda dos intervenientes acima citados através do recurso a panfletos, cartazes de divulgação, convites personalizados;
- Realizei a formação em serviço relacionada com o tema em questão, no dia 22 de Junho às 14h30 na sala de reuniões da UCCI-SCM, para a qual foram convidados todos os elementos da equipa multidisciplinar da UCCI e das restantes estruturas da SCM;
- Promovi a utilização de escalas de avaliação e controlo da dor individualizadas e adaptadas à situação clínica de cada utente, nomeadamente a “escala de avaliação de comportamento da dor”, uma adaptação portuguesa da escala PAINAD, *Pain Assessment in Advanced Dementia* parte integrante do protocolo existente no serviço;
- Utilizei um protocolo existentes na instituição relativamente ao tema “Normas e procedimentos para atuação em caso de Dor” (Anexo III) para que o modo de atuar em caso de descontrolo da dor seja universal a todos os elementos da equipa;
- Monitorizei os resultados das medidas implementadas, através de questionário enviado via e-mail a todos os participantes na formação em serviço.

8.5. Plano de Formação

A realização de uma formação em serviço foi, planeada ao longo da componente teórica, como referido anteriormente, do mesmo modo, a escolha deste tema, recaiu sobre a necessidade, de formar/elucidar os elementos constituintes da equipa multidisciplinar do meu local de trabalho, para a importância da avaliação, registo e controlo da dor nos doentes que não comunicam, uma vez que esta é uma das dificuldades/ carências com que me deparo diariamente no serviço onde exerço a minha atividade profissional.

Uma vez identificada esta carência e sendo o controlo de sintomas uma das áreas chave dos pilares dos Cuidados Paliativos, destaquei o sintoma dor, não menosprezando a importância dos outros sintomas que possam estar descontrolados.

Como já foi referido anteriormente a carência no nosso país de instituições diferenciadas em Cuidados Paliativos leva a que muitos destes doentes acabem por ser distribuídos em UCCI's, por estas serem em maior número e, se encontrarem muitas vezes relativamente perto da residência dos cuidadores principais dos utentes e/ou restante família e entes queridos.

Assim pareceu-me prioritário incentivar os colegas, a debruçarem-se sobre o tema em questão, de forma a assim prestarmos cuidados de qualidade aos nossos utentes. Este plano de formação, recaiu sobre uma formação em serviço com a duração total de 3h, com o qual esperei acima de tudo suscitar o interesse dos colegas enfermeiros, médicos do serviço, restante equipa multidisciplinar para o tema, uma vez que a necessidade de atualização de conhecimentos é transversal a todas as profissões na área da saúde, que muitas vezes os mitos existentes e as questões económicas, podem prejudicar a boa prestação de cuidados, daí a escolha do público-alvo.

Após discussão com alguns colegas de trabalho, sobre a necessidade de planear uma formação no âmbito do mestrado em CP, foi quase imediata a escolha do tema, dada a sua pertinência, por continuar a ser um tema que suscitava algumas dúvidas, no qual todos assumimos ter algumas dificuldades, nomeadamente na avaliação da dor/utilização de escalas de avaliação adaptadas para doentes com défices cognitivos os quais não conseguem verbalizar a dor quando confrontados com a questão se têm ou não dor, ou que apesar de identificarem o sintoma, têm dificuldade em avaliar a intensidade do mesmo.

A formação pressupunha objetivos pedagógicos, que passavam por, no final cada profissional de saúde/formando fosse capaz de:

- Compreender a importância da Avaliação da Dor para o controlo deste sintoma;
- Identificar métodos de avaliação da dor bem como adaptá-los a cada utente;
- Reconhecer a importância do Registo da Avaliação da Dor no processo do utente;
- Identificar os diferentes tipos de analgesia existentes bem como compreender as regras de equivalência e titulação dos mesmos.

Para divulgar esta Formação em Serviço foi feito um cartaz de divulgação (Apêndice V), afixado na instituição, bem como um panfleto referente à formação (Apêndice VI), foi ainda enviado via correio eletrónico um convite (Apêndice VII) através da Diretora Técnica da Instituição para as restantes estruturas da mesma englobando assim os elementos das equipas multidisciplinares de todas as estruturas da SCM.

As inscrições foram efetuadas via email para o secretariado da instituição, tendo, no entanto, contado com a presença de profissionais de saúde/estagiários que não se encontravam previamente inscritos.

Como objetivos gerais da formação, em consonância com o cronograma de atividades definido (Apêndice IV), foram definidos os seguintes:

- Relembrar o papel e as obrigações legais dos profissionais de saúde em relação à dor;
- Aprofundar conhecimentos sobre a problemática da dor;
- Avaliar a dor de acordo com o contexto clínico;
- Avaliar a intensidade da dor na pessoa de acordo com a sua situação clínica.

E como objetivos específicos, que no final da formação em serviço os presentes fossem capazes de:

- Definir dor;
- Conhecer o conceito de dor total;
- Distinguir os diferentes tipos de dor e classificá-la em relação à duração, intensidade e etiologia;
- Utilizar corretamente as diferentes escalas de avaliação da dor, adaptando-as aos diversos tipos de utentes da UCCI;
- Identificar possíveis sinais de dor em utentes que apresentem défices cognitivos;
- Distinguir os princípios básicos existentes para o tratamento da dor;
- Distinguir as diferentes terapêuticas utilizadas no controlo da dor, segundo a escala analgésica da OMS, bem como as diferentes vias de administração da mesma;
- Conhecer os diferentes tipos de opióides, seus efeitos secundários, bem como saber como se realiza a sua titulação;
- Identificar possíveis riscos da utilização de opióides nos utentes com défices cognitivos;
- Desmistificar o uso da morfina na instituição em questão.

Com o intuito de dinamizar a sessão, evitando que a atenção dos formandos se dispersasse, ao longo do tempo, foram utilizados métodos e técnicas pedagógicas. Para a escolha dos mesmos, foram tidos em conta fatores inerentes à formação, tais como os objetivos da sessão, as características do grupo e os recursos disponíveis.

Neste contexto foi utilizado o método expositivo oral direto com recurso a sistema audiovisual, para promover a transmissão de informação e o método interrogativo e interativo com intuito de promover a partilha de ideias e de experiências entre os profissionais de saúde presentes de maneira a conseguir chegar a todos os formandos e a todos os estilos de aprendizagem existentes (convergente, divergente, assimilador e acomodador).

Ao longo da formação em serviço, estava inicialmente previsto que os formandos se organizem em pequenos grupos (cerca de 3 ou 4 elementos cada) preferencialmente com a presença de diferentes profissionais em cada grupo. A cada um dos grupos deveria ser entregue um caso clínico diferente, pedido aos mesmos que fizessem uma breve análise da situação exposta, para no fim, se proceder à partilha e troca de ideias com todo o grupo.

Foi, no entanto, realizada a discussão de casos clínicos para todo o grupo, visando a promoção de interação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, tornando a formação mais rica pela partilha de ideias e experiências anteriores.

Posteriormente, foi aproveitado o fato da UCCI da SCM ter um protocolo de relacionado com o tema em questão, já referido anteriormente, para incentivar todos os presentes a proceder à sua utilização de forma regular, tendo para isso sido entregue a cada participante uma cópia das tabelas constituintes deste protocolo, de maneira que fossem aplicados os conceitos lecionados e discutidos, bem como a introdução das escalas da dor apresentadas no processo individual dos utentes, adaptadas a cada caso.

A formação em serviço contou com um momento de avaliação pedagógica, no final da sessão, através do preenchimento de um instrumento de avaliação, em suporte papel, que foi entregue a cada formando (Apêndice I) que consistia numa ficha de avaliação global anónima da sessão de formação pelo seu nível de pertinência, do desempenho da formadora, bem como uma pergunta aberta, espaço reservado a críticas/sugestões/aspectos a melhorar em que cada elemento poderá fazer uma avaliação crítica e/ou dar sugestões de forma a poder constituir uma mais-valia em formações futuras.

Foi ainda, entregue a cada formando uma pasta com documentação alusiva à sessão onde se encontram para além das 2 tabelas constituintes do protocolo existente na instituição alusivo ao tema, já referidas anteriormente, uma cópia da Circular Normativa N^o 09/DGCG, 14/06/2003 (Anexo II) referente ao tema abordado e o panfleto utilizado na divulgação da formação.

8.6. Avaliação da sessão

Na formação em serviço estiveram presentes um total de 32 pessoas, profissionais de saúde da equipa multidisciplinar e estudantes a realizar estágio na instituição, conforme podemos constatar no gráfico seguinte.

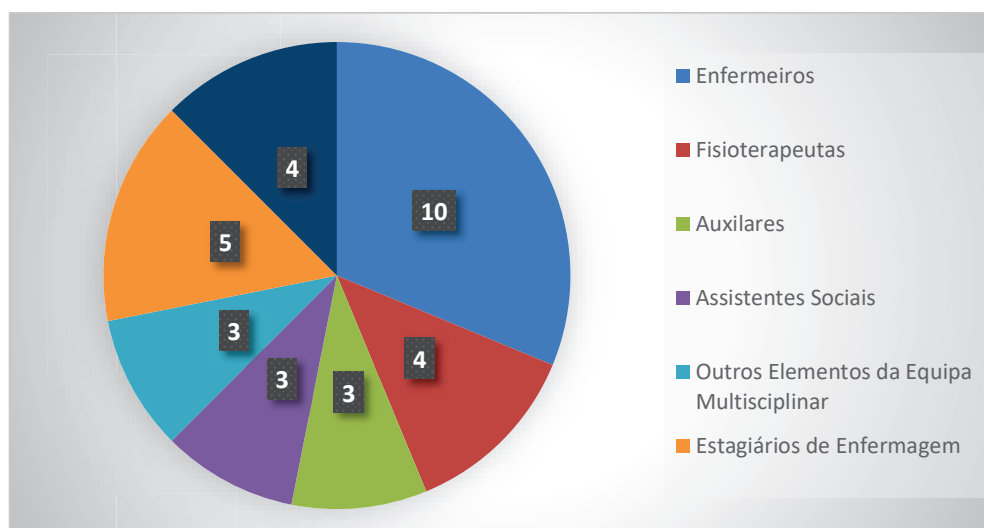


Gráfico 1 - Registo de assiduidades dos Profissionais de Saúde presentes na Formação em Serviço

Destacam-se ainda como outros elementos da equipa multidisciplinar a psicóloga da instituição, a psicomotricista e a terapeuta da fala.

De salientar ainda que uma das assistentes sociais presentes era a diretora técnica de uma outra estrutura da SCM sendo o único elemento presente na formação externo à equipa da UCCI.

Em relação à avaliação da formação em serviço, foram entregues um total de 32 questionários, dos quais foram preenchidos 31, a avaliação era realizada com preenchimento de cruzes nos quadrados correspondentes sendo, que, o número 1 correspondia a “Insuficiente”, aumentando gradualmente até ao número 5 que correspondia a “Excelente” cujos dados apresento nos gráficos seguintes:

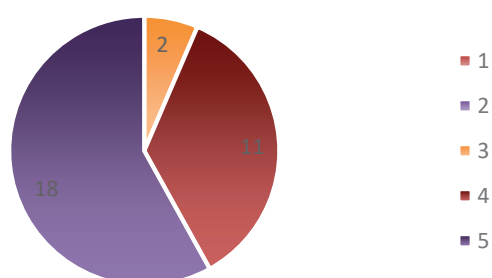


Gráfico 2 - Avaliação da Metodologia Letiva Utilizada na Formação em Serviço

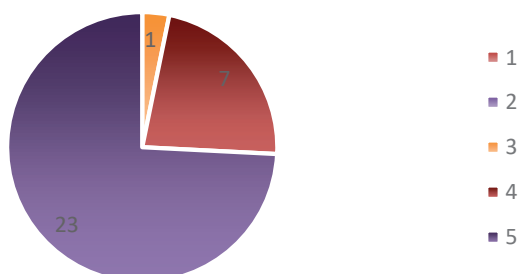


Gráfico 3 - Avaliação da Clareza na Exposição de Conteúdos

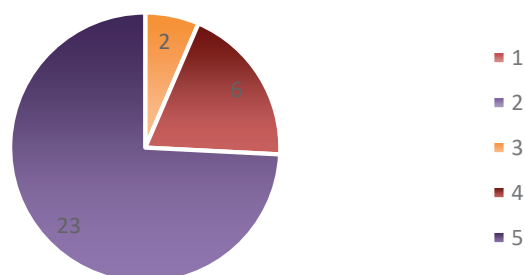


Gráfico 4 - Avaliação da relevância para a prática profissional de cada um dos presentes

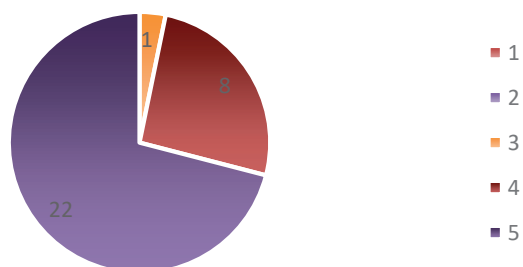


Gráfico 5 - Avaliação da atitude pedagógica da formadora

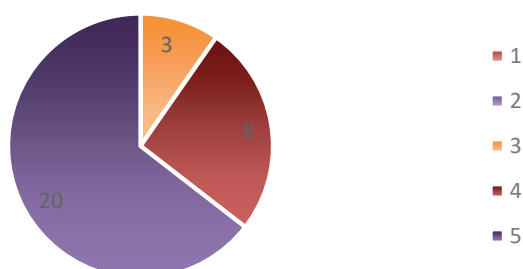


Gráfico 6 - Avaliação acerca do material bibliográfico disponibilizado

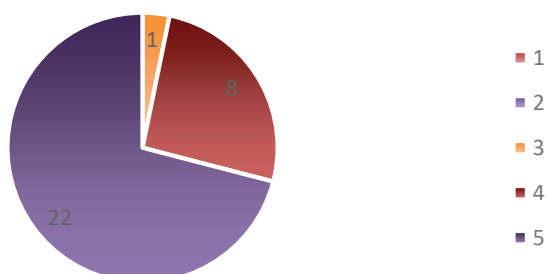


Gráfico 7 - Avaliação da Adequabilidade dos recursos utilizados

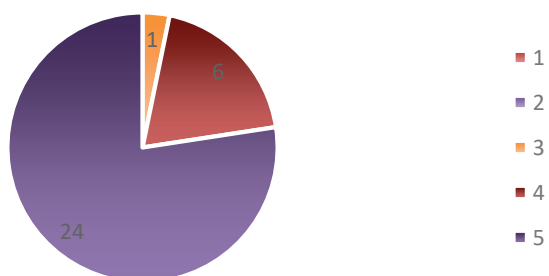


Gráfico 8 - Avaliação Global da Formação



Gráfico 9 - Avaliação da duração da formação

Apenas dois dos presentes apontaram críticas ou aspetos suscetíveis de melhoria, sendo que um abordava as condições de iluminação do espaço onde decorreu a formação e o outro que tinha gostado muito da formação por ser um tema interessante.

Os resultados acima apresentados mostram que a formação foi bem aceite pelos elementos da equipa multidisciplinar presentes e que correspondeu às expetativas.

8.7. Avaliação do projeto de intervenção

Posteriormente, como já referi anteriormente, foram questionados todos os presentes, via e-mail, acerca das suas práticas profissionais relativamente aos temas abordados na formação em serviço, com o intuito de fazer o ponto de situação em relação ao projeto de melhoria no serviço, anteriormente descrito e uma vez que as fontes de dados previamente definidas não apresentavam qualquer resultado. (Apêndice X)

Dos 32 inquiridos, responderam até à data da entrega deste relatório 8 dos participantes na formação em serviço tendo sido obtidos os resultados que se seguem.



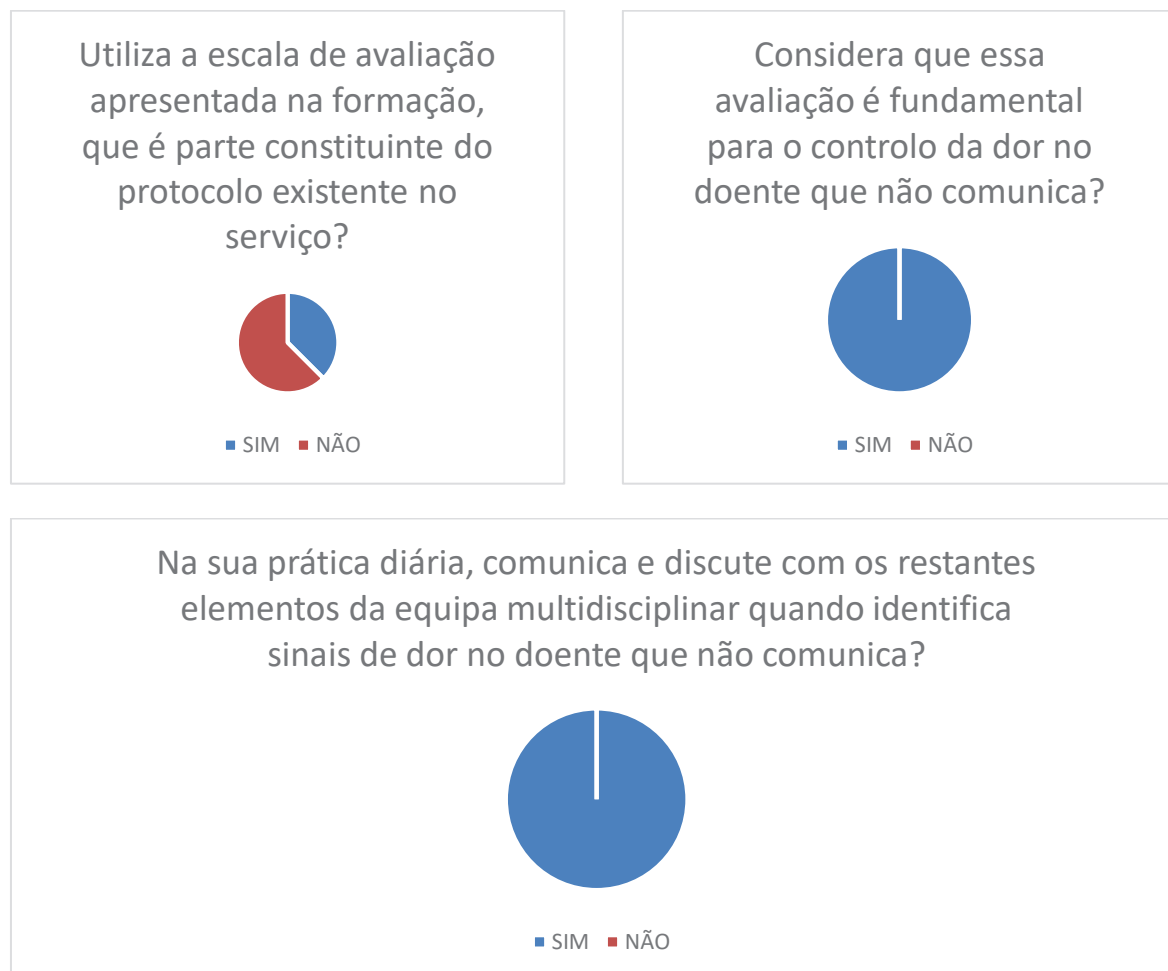


Figura 6 - Avaliação das práticas profissionais relativamente aos temas abordados na formação

Os resultados expostos mostram que há um interesse por parte dos elementos da equipa multidisciplinar que responderam ao inquérito pela temática abordada, sendo que, tentam na sua maioria abordá-la na sua prática diária.

A escala de avaliação existente no serviço, uma adaptação portuguesa da escala PAINAD, *Pain Assessment in Advanced Dementia*, parte integrante do protocolo apresentado, não é utilizada pela maioria dos profissionais inquiridos, contudo salientam através deste questionário que a avaliação é fundamental para o controlo da dor no doente que não comunica e que na sua prática diária, procuram discutir com a equipa quando estão perante os sinais apresentados ao longo da formação relativamente à dor nestes doentes.

Entre os meses de Junho e Outubro de 2016 deram entrada na ULDM 6 utentes que não comunicavam, tendo sido aplicada a escala a 5 destes doentes. Na UMDR entraram 2 utentes sendo que a escala de avaliação comportamental da dor foi aplicada a ambos. Através da aplicação da escala obtivemos junto dos utentes que não comunicam um bom controlo sintomático possibilitado por um ajuste terapêutico eficaz.

Estes dados evidenciam um total de 87,5% de doentes que não comunicam com evidência que o controlo da dor foi alcançado, contudo apenas foram incluídos nestes

dados os doentes que não comunicam verbalmente, ou seja, ficaram por avaliar todos aqueles que por défices cognitivos não verbalizam eficazmente a sua dor.

Os resultados do projeto de intervenção são assim a meu ver satisfatórios, com o interesse demonstrado pela globalidade da equipa aquando da formação em serviço, mas insuficientes pois esperava que a utilização do protocolo existente na instituição fosse implementada com mais frequência após a realização da mesma.

O pouco número de respostas aos inquéritos realizados, também ficou aquém das minhas expectativas, o que pode ser justificado por esta avaliação ter sido efetuada via e-mail, sendo que o projeto de melhoria do serviço ainda não está em condições de ser devidamente implementado.

Fica, no entanto, pendente a implementação do indicador de qualidade e sua posterior avaliação no serviço, aos doentes com défices cognitivos, pelo curto espaço de tempo existente entre a implementação do projeto e a realização deste relatório, a avaliação realizada até ao momento refere-se apenas aos doentes que não verbalizam espero, contudo, continuar o seu desenvolvimento nos meses que seguem.

9. Conclusão

Chegado ao fim o período de PC e após a execução das atividades planeadas com vista à realização dos seus objetivos, é o momento de fazer um balanço final de todo o trabalho desenvolvido.

O fato de após um ano intenso de componente teórica, ter enquanto aluna, o privilégio de conhecer no terreno, a dinâmica de funcionamento, de uma equipa especializada em CP, fez com que conhecesse outra realidade de cuidados, muito diferente daqueles com os quais tinha tido contacto até ao momento. A escolha do serviço da UCP do HL para a realização da prática assistencial realizada no contexto deste mestrado, prendeu-se com o fato de ser um serviço de grande prestígio, composto por uma equipa de excelência, na sua grande maioria composta por elementos com formação avançada na área, permitindo-me enquanto aluna perceber a abordagem dos CP, bem como o modelo de intervenção mais adequado à prática deste tipo de cuidados, o que constituiu um momento pleno de ganhos nas diferentes dimensões.

A troca de experiências com os elementos da equipa multidisciplinar da UCP do HL, que desde o primeiro dia se mostraram ricos no saber, com enorme vontade de partilhar conhecimentos, de forma a que eu pudesse compreender na sua plenitude a filosofia dos Cuidados Paliativos. A possibilidade de poder prestar cuidados a doentes paliativos e suas famílias, foi em tudo enriquecedora, posso afirmar com toda a certeza, que com eles aprendi muito mais do que se encontra descrito ao longo deste relatório. É difícil transcrever todas as emoções vividas ao longo deste período tão intenso. Sinto que desenvolvi competências em todas as áreas chave em cuidados paliativos – controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa – mas, aquelas que identificava como sendo mais difíceis para mim, o apoio à família e a comunicação, foram as que se tornaram primordiais e nas quais sinto que fiz enormes progressos. Melhorei muito as minhas capacidades de comunicação, nomeadamente na transmissão de más notícias, podendo assim estar à altura de prestar o apoio de que necessitam os doentes e famílias com necessidade de intervenções paliativas, não descuidando o trabalho de equipa e controlo sintomático como fundamentais na prestação de cuidados de qualidade. Quando se tem oportunidade de estar no seio de uma equipa de excelência, como a UCP do HL, é fácil avançar na direção certa e isso reflete-se no nosso dia a dia enquanto profissionais.

Apesar de todos os progressos existentes na área dos CP, infelizmente a realidade de muitos serviços fica aquém daquilo que se idealiza, há ainda muito que fazer, para que possamos um dia falar todos a mesma linguagem.

Fazendo uma retrospectiva desde o período de PC sinto que melhorei em muito a minha prática profissional, o que me faz no meu dia a dia, levar um pouco do que aprendi para o meu local de trabalho, tentar, com a pouca experiência que tenho, prestar cuidados individualizados, que visem o alívio do sofrimento e a promoção da qualidade de vida dos utentes.

O projeto de intervenção no serviço passava pela abordagem de um tema, a meu ver, bastante pertinente escolhido ao longo da componente teórica do primeiro ano de mestrado a “Avaliação e Controlo da Dor no Doente que Não Comunica” de forma a melhorar a qualidade do serviço onde exerço funções, mediante a introdução de um indicador, percentagem de doentes que não comunicam com evidência de que o controlo da dor foi alcançado, que apesar da aceitação que inicialmente teve junto dos colegas não satisfiz as minhas expetativas iniciais.

A formação em serviço inserida no projeto de intervenção teve para mim um saldo bastante positivo, foi a primeira vez, que fui formadora, para uma sala tão preenchida, que se mostrava bastante interessada no tema, tendo sido uma mais valia ao nível da aprendizagem, quer na programação, quer na realização da mesma. Na avaliação final ficou demonstrado que este tipo de projetos é relevante para a prática profissional.

Apesar dos excelentes resultados referentes à formação em serviço realizada, os resultados obtidos na globalidade do projeto de intervenção no serviço, não foram de encontro aos esperados, pois sinto que, apesar de a formação ter um saldo bastante positivo, a avaliação posterior não é consonante, o que me leva a concluir que a realidade onde me insiro e a equipa multidisciplinar com que trabalho, ainda não se encontra desperta para certas temáticas, nomeadamente aquela em que desenvolvi o meu trabalho. É importante continuar a investir no projeto de melhoria do serviço, incentivando a utilização do protocolo existente, como foi inicialmente estipulado, de forma a conseguir em conjunto com toda a equipa multidisciplinar, prestar cuidados de qualidade a todos os utentes que recebemos com necessidades paliativas.

A experiência da prática clínica, a revisão sistemática da literatura e o projeto de intervenção que procurei refletir na realização deste relatório, tiveram um impacto muito positivo e profundo na minha vida. A realização deste relatório permitiu-me acima de tudo uma reflexão pessoal acerca de todo o período desenvolvido, sendo que, retrata da maneira possível as vivências da PC, para além de que abrange um trabalho intenso de pesquisa bibliográfica para fundamentar e refletir acerca da prática clínica realizada e também da experiência profissional que após este mestrado se torna muito mais enriquecida.

Posso afirmar que sou neste momento uma pessoa mais compreensiva e capaz de prestar melhores cuidados aos utentes, melhorando em muito a minha satisfação pessoal enquanto enfermeira, considerando assim ter atingido todos os objetivos a que me propus ao longo deste período acredito que possuo, as competências definidas como necessárias para a obtenção do grau de mestre em CP.

Contudo e para que todo este trabalho não tenha sido em vão, espero poder continuar a desenvolver na minha prática diária, enquanto enfermeira, os conhecimentos que adquiri ao longo destes dois anos, pois só assim, estarei a prestar cuidados de enfermagem, em concordância com aquilo que defendo e acredito, ser o melhor para os doentes.

Referências Bibliográficas

1. **Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos**; 2015, <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>, Acedido a 15 de Dezembro de 2015.
2. **Barbosa, A. & Neto, I**; 2010, Manual de Cuidados Paliativos; 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN – 978-972-9349-22-5.
3. **PHIPPS, Wilma J. et al**; 2003, Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica, Volume I, Camarate, Lusociência, ISBN 972-8383-65-7.
4. **Twycross, Robert**; 2003, Cuidados paliativos; 2ª edição, Lisboa, Climepsi Editores, ISBN – 972-796-093-6.
5. Lei nº 52/2012, de 5 de Setembro de 2012. **Lei de Bases dos Cuidados Paliativos**. Diário da República nº172, I Série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
6. **Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias**; 2013, ADENDA ao Regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Castelo Branco, IPCB, Castelo Branco.
7. **Neto, Isabel**; 2006, Cuidados Paliativos em Pessoas com Demência Avançada [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ªedição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5.
8. **Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos**; 2015, <http://www.apcp.com.pt/noticias/a-unidade-de-cuidados-paliativos-do-hospital-da-luz-e-certificada-pela-esmo.html>, Acedido em 18 de Dezembro de 2015.
9. **Unidade de Cuidados Paliativos e Continuados do HL**; <http://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/servicos-clinicos/unidades-de-internamento/unidades-de-cuidados-continuados-e-paliativos/>, Acedido a 18 de Dezembro de 2015.
10. **Luz Saúde**, <http://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/institucional/luz-saude/>, Acedido a 14 de Setembro de 2016.
11. **HL**, <http://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/institucional/hospital-da-luz-lisboa/>, Acedido a 14 de Setembro de 2016.
12. **Chasen, M. R. et al.**; 2013, An interprofessional palliative care oncology rehabilitation program: effects on function and predictors of program completion. Current Oncology. Quinzenal, Vol. 20, 6.
13. **Gade, Glen et al.**; 2008, Impact of an Inpatient Palliative Care Team: a randomized control trial. Journal of Palliative Medicine, Mensal, Vol. 11, 2.
14. **Yennurajalingam, S., Zhang, T. e Bruera, E**; 2007, The impact of the palliative care mobile team on symptom assesment and medication profiles in patients admitted to a comprehensive cancer center. Support Care Cancer. Vol. 15.
15. **Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos**; 2015, <http://www.apcp.com.pt/noticias/a-unidade-de-cuidados-paliativos-do-hospital-da-luz-e-certificada-pela-esmo.html> Acedido a 14 de Setembro de 2016.
16. **Direção Geral de Saúde**; 2004, Conselho Nacional de Oncologia. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Circular Normativa nº14/DGCG.
17. **Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos**; 2006, Organização de Serviços em Cuidados Paliativos, Recomendações da APCP, Março.

18. **Council of Europe; 2003**, Acedido a 14 de Setembro de 2016 em [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
19. **Capelas, M. e Neto, I.**; 2006, Organização de Serviços [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5.
20. **Astudillo, Wilson**; 2002, Fundamentos de Los Cuidados Paliativos, In Wilson Astudillo & Carmen Mendinueta, Cuidados del Enfermo en fase terminal y atención a su familia, 4ª Espanha, Universidade de Navarra.
21. **Sapeta, Paula**; 2011, Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente; Loures, Lusociência, ISBN – 978-972-8930-69-1.
22. **Neto, Isabel G. et al.**; 2010, Um caso clínico de abordagem interdisciplinar em cuidados paliativos. HL. Casos Clínicos HL 2009-2010. Lisboa: Espírito Santo Saúde.
23. **Neto, Isabel G.**; 2016, Eutanásia? Cuidados Paliativos Testemunhos; 2ª edição, Lisboa, Alêtheia Editores, ISBN – 978-989-622-815-6.
24. **Cuidados Paliativos o que são?** Acedido a 17 de Setembro em, http://www.caritas.pt/cr/index.php?option=com_content&view=article&id=188:cuidados-paliativos&catid=109:saude&Itemid=56
25. **Neto, Isabel**; 2006, Modelos de Controlo Sintomático [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5.
26. **Schwob, Marc.**; 1994, A Dor. Lisboa. Instituto Piaget, ISBN – 972-8407-22-X.
27. **IASP**; 1994, Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. In Classification of Chronic Pain. 2ª ed. Editores: Harold Merskey, Nikolai Bogduk, ISBN 0-931092-05-1, p. 210-213.
28. **DGS, Direcção-Geral da Saúde**; 2003, Circular Normativa nº 9 de 14 de Junho, A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor, Ministério da Saúde.
29. World Health Organ Tech Rep Ser. 1990;804:1-73; Miguel R. Cancer Control. 2000;7:149-156 and Krames E. Med Clin North Am. 1999;83:787-808.
30. **Querido, A., Guarda, H.**; 2006, Hidratação em fim de vida [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5.
31. **Nascimento, Herminia**; 2006, Astenia [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5.
32. **Radbruch, L., et al**; 2008, Fatigue in palliative care patients – na EAPC approach. Palliative Medicine.
33. **Spathis, A.; Dhillan, R.; Vrotsou, K.; Fife, K.**; 2009, Modafinil for the treatment of oatique in lung cancer: a pilot study. Palliative Medicine.
34. **Querido, A., Bernardo, A.**; 2006, Náuseas e vômitos [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5.
35. **Bernardo, A., Leal, A., Barbosa, A.**; 2006, Ansiedade e Depressão [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5.

36. **Gama, G.M., Barbosa, A.**; 2006, Delirium [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5.
37. **McCreery, E., Costello, J.**; 2013, Providing nutritional support for patients with cancer cachexia. *International journal of palliative nursing*, Mensal, Janeiro.
38. **Gonçalves, M.J., Rosado, J., Custódio, M.P.**; 2006, Anorexia/Caquexia [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5.
39. **Azevedo, Pilar**; 2006, Dispneia [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5.
40. **Querido, A., Salazar, H., Neto, I.G.**; 2006, Comunicação [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5.
41. **Lei nº 25/2012**, de 16 de Julho de 2012. Regula as diretivas antecipadas, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Diário da República nº136, I Série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
42. **Sorensen & Luckmann**; 1998, Enfermagem Fundamental – Abordagem psicofisiológica; 3ª Edição, Lisboa, Lusodidacta.
43. **Baptista, Emília**; 2007; Princípios Éticos e Cuidados Paliativos, *Nursing*, nº 222, Junho, pp. 31-37
44. **Moreira, I. M. P. B.**; 2001, O Doente Terminal em Contexto Familiar – Uma Análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família. Coimbra: Edições Sinais Vitais. ISBN: 972-8485-22.
45. **Bermejo, J. Carlos & Carabias, Rosa**; 1998, *Relacion de ayuda y enfermeria*, Madrid, Sal Terrae.
46. **Neto, I. G., Aitken, H.-H., & Paldron, T.**; 2004, A Dignidade e o sentido da Vida – Uma reflexão sobre a Nossa Existência. 1ª ed. Cascais: Pergaminho. ISBN: 972-711-645-0.
47. **Cerqueira, M. M. A. & Gomes, J. Mª. P.A.**; 2004, Luto na família, cuidar dos que ficam. *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. Número 194. Ano 15, Dezembro, P. 28-30.
48. **Mingote, J. C., Mateos, L. C., Ruiz, F. D. & Ruiz P.**; 2012, El proceso de duelo – Educación para la salud, la vida y la muerte. *Revista de Enfermería ROL*. Vol. 35. Número 1., Janeiro, P. 58-64.
49. **Pacheco, S.**; 2004, Cuidar a Pessoa em Fase Terminal – Perspectiva Ética. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-30-4.
50. **Guarda, H., Galvão, C. e Gonçalves, M.**; 2006, Apoio à família [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
51. **Yennurajalingam, S. et al.**; 2008, Characteristics of family conferences in a palliative care unit at a comprehensive cancer center. *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 11, 9.
52. **Ceronsky, L. e Weissman, D.**; 2011, Helping families in long-term care facing complex decisions: Applying the evidence about family meetings from other settings. *Annals of Long-Term Care: Clinica Care and Aging*. 2 de Fevereiro Vol.19, 2.
53. **Reigada, C., Carneiro, P. e Oliveira, F.**; 2009, As conferências familiares em cuidados paliativos – A teoria e a prática. *Hospitalidade*. Vol.73, 285.

54. **Carvalho, S. e Botelho, M.** Os cuidados paliativos no âmbito dos cuidados de saúde primários: As intervenções dos enfermeiros. Acedido a 18 de Setembro de 2016 em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2011_15_1_02-24\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2011_15_1_02-24(1).pdf)
55. **Bernardo, A., Rosado, J., Salazar, H.;** 2006, Trabalho em Equipa [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5.
56. **Radbrunch, Lukas, et al.;** 2009, White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. European Journal of Palliative Care, Vol. 16, 6.
57. **Free, Mary Moore;** 2002, Cross cultural conceptions of pain and pain control, Baylor University Medical Center, Vol.15, Nº2, April, p.143-145.
58. **Portela, J. Luís; Neto, Isabel G.;** 1999, Dor e cuidados paliativos, Lisboa: Permanyer.
59. **Fleming, Manuela;** 2003, Dor sem nome, pensar o sofrimento, 2ª edição. Afrontamento Edições, Porto.
60. **Hacpille, Lucie;** 2000, A Dor cancerosa e o seu tratamento, Instituto Piaget, Lisboa.
61. **Metzer, C. et al.;** 2002, Cuidados de enfermagem e dor, Lusociência, Loures.
62. **Melzack, Ronald; Wall, Patrick;** 1987, Desafio da Dor, tradução Nestor Rodrigues, Fundação Calouste Gulbenkian.
63. **Olson citado por Neto, Isabel;** 2006, Cuidados Paliativos em Pessoas com Demência Avançada [autor do livro] A. Barbosa e I. Neto. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN-978-972-9349-22-5, pag. 251.
64. **Pinto, M.C.M., Minson, F.P., Lopes, A.C.B. & Laselva, C.R.;** (2014) Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão em português do Brasil da escala PAINAD em pacientes adultos não comunicantes. Einstein, São Paulo, Brasil.
65. **Herr, Keela;** (2011) Pain Assessment Strategies In Older Patients, American Pain society. The Journal of Pain, Vol 12, Nº3 (March), Suppl. 1, S3-S13.
66. **Guarda, H.;** 2007, Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não-Comunicante Verbalmente - EscalaDoloplus 2. in Revista DOR, Vol.I , n.º 15, pág. 42-47.
67. **Johnson, Lucy;** 2005, O papel da enfermagem no reconhecimento e avaliação da dor neuropática, Nº201, In: Nursing, Julho/Agosto, ISSN 0871-6196, p32-36.
68. **Rodrigues, A.J.S.S.;** (2013) Avaliação da dor ao doente oncológico em cuidados paliativos incapaz de comunicar – Validação Cultural da Abbey Pain Scale. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
69. **Cunha, D.F.A.;** (2011) Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: Uma Revisão Sistemática. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
70. **Pinheiro, A.L.U.; Roso, C.C.; Zamberlan, C.; Cherobini, M.D.B. & Perrando, M.S.;** (2014). Avaliação e manejo da dor aguda: Revisão Integrativa. Journal Of Nursing And Health, 77-89.
71. **Adams, Nicola; Field, Linda;** 2002, Aspectos psicológicos e sociais, Nº169, In: Nursing, Setembro.
72. **Portnoi, A.G.;** (2006) Os comportamentos da dor. In: Teixeira, M.J. , Dor : Manual para o Clínico. Ed. Atheneu, São Paulo, 201-206.
73. **Plooi, B., Spek, K.V.D. & Scherder, E.J.A.;** (2012) Pain Medication and Global Cognitive Functioning in Dementia Patients with Painful Conditions. Drugs Aging, 29:377.

74. **Batalha, L.M.C.; Duarte, C.I.A.; Rosário, R.A.F.; Costa, M.F.S.P.; Pereira, V.J.R. & Morgado, T.M.M.**; Dezembro 2012, Adaptação Cultural e Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala *Pain Assessment in Advanced Dementia*. Revista de Enfermagem Referência, III Serie, N^o 8.
75. **Husebo, B.S., Ballard, C. & Aarsland, D.**; (2011) Pain treatment of agitation in patients with dementia: a systematic review. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 26: 1012-1018.
76. **Ando, C., Ito, Y., Amemiya, S., Tamura, K., Kako, K., Tsuzura, S., Yoshida, R. & Hishinuma, M.**; (2016) Effectiveness of the Japanese DOLOPLUS-2: a pain assessment scale for patients with moderate-to-severe dementia. *Psychogeriatrics*, 16:315-322.
77. **Administração Central do Sistema de Saúde**, RNCCI, Acedido a 26 de Setembro de 2016 em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>.
78. **MacDonald, N.**; 2002, Redefining symptom management, *Journal of Palliative Medicine*, 5(2): 301-304.
79. **Saunders, Cicely.**; 2013, *Velai comigo*, Lisboa, Unidade Católica Editores, ISBN-978-972-54-0390-7.

Apêndices

Apêndice I - Cronograma da prática clínica e relatório

Ano de 2016	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Posterior
Aplicação do Projeto de Intervenção								
Estágio na Equipa de Cuidados Paliativos								
Elaboração do Relatório de Prática Clínica								
Entrega do Relatório de Prática Clínica							A	
Defesa do Relatório de Prática Clínica								B
A - 29 de Setembro de 2016								
B - Data a definir pela Escola								

Apêndice II - Horário do período de prática clínica

T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
M	T	M	D	V	F	T	M	T	M	T	D	V	F	M	T	M	T	T	F	F	M	T	M	T	T	F	V	V	F	F	
															M										M	M					


LEGENDA:

M | 8H às 16h = 8h/turno

T | 15h30 às 23h = 7h30/turno

V | 22h30 às 8h30 = 10h/turno

 Turnos realizados sob a orientação da Enf.^a CM

 Turnos Realizados sob a orientação da Enf.^a AG

Apêndice III - Desenho da Revisão Sistemática da Literatura

Tema

- Avaliação e Controlo da dor no doente que não comunica

Questão de Partida

- Como avaliar e controlar a dor no doente que não comunica?

Questões Orientadoras

- Como é avaliada a dor nos doentes que não comunicam?
- Quais as manifestações que podem estar visíveis nestes doentes que podem ser indicadores de dor?
- Quais as escalas de avaliação de dor adequadas ao doente que não comunica?
- Os doentes que não comunicam têm a dor controlada?
- Como identificar que o doente que não comunica tem dor controlada?

Objetivo Geral

- Identificar métodos que permitam avaliar a dor nos doentes que não comunicam

Objetivos específicos

- Descrever quais as dificuldades que os enfermeiros sentem na avaliação da dor no doente que não comunica;
- Perceber quais os sinais/sintomas que podem ajudar a identificar a dor no doente que não comunica;
- Identificar métodos de avaliação da dor, entre outros, escalas de avaliação da dor que se adaptam nestes doentes;
- Descrever técnicas que possam ajudar na avaliação e controlo da dor no doente que não comunica;
- Verificar através de outros estudos a eficácia de utilização das escalas de avaliação da dor adaptadas ao doente que não comunica;
- Identificar as limitações existentes nos serviços em relação ao controlo da dor nos doentes que não comunicam.

Descritores da pesquisa

- Avaliação da dor; Escalas de avaliação da dor; Controlo da dor; Controlo sintomático; Doente que não comunica; Défice Cognitivo; Demência; AVC – Acidente Vascular Cerebral; Doente em idade avançada; Delirium.
 - Pain assessment; Pain scales; Pain Management; Symptomatic control; Patient does not communicate; Aphasia; Cognitive Impairment; Dementia; CVA – Cerebrovascular Accident; Stroke; Ill In Old Age; Delirium.

Horizonte Temporal da Pesquisa

- Janeiro 2011 a Setembro 2016

Metodologia PICOD				Palavras-Chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	Enfermeiros Doentes adultos que não comunicam	Pain assessment; Pain scales; Pain Management; Symptomatic control; Patient does not communicate; Aphasia; Cognitive Impairment; Dementia; CVA – Cerebrovascular Accident; Stroke; Ill in Old Age; Delirium.
	I	Intervenções	O que foi feito?	
[C]	Comparações	Podem existir ou não	Quais?	
	O	Outcomes	Resultados ou efeitos ou consequências	
D	Desenho do Estudo	Como é que a evidência foi recolhida?	Quantitativo – Experimental, Observação, Instrumentação; Qualitativo	

Critérios de Inclusão

- Nesta revisão sistemática da literatura vão ser incluídos estudos empíricos de natureza qualitativa, realizados no horizonte temporal anteriormente definido;
- A pesquisa será feita nas seguintes bases de dados: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal; Biblioteca de Conhecimento Online B-One; Repositório Científico do IPCB; Motor de busca Google scolar; PubMed; Chocrane e Referências Bibliográficas pertinentes mencionadas em alguns artigos.

Critérios de Exclusão

- Serão excluídos deste estudo os trabalhos desenvolvidos nos serviços de cuidados intensivos uma vez que já existem inúmeros estudos realizados para este tipo de doentes nessa área específica;

- Os trabalhos que tenham como objeto de estudo os doentes pediátricos (idade inferior a 18 anos) e neonatais por este estudo ter sido definido exclusivamente para doentes em idade adulta.

Apêndice IV - Cronograma de atividades da formação em serviço

Cronograma de Atividades			
	Conteúdos Programáticos	Metodologia Letiva/ Avaliação	Tempos Letivos
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da Formadora; • Exposição do tema e objetivos da Formação em Serviço; • Exibição de bibliografia recomendada. 	Método expositivo oral direto e interativo. Com recurso a sistema audiovisual.	45 Minutos (14h30 - 15h15)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Definição do Conceito de Dor; • Classificação da dor tendo em conta a duração, intensidade e etiologia. 		
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de avaliação da dor, escalas de auto e heteroavaliação; • Sinais de dor em doentes com défices cognitivos; • Princípios básicos do tratamento da dor; • Terapêutica da dor, escala analgésica da OMS, vias de administração; • Tratamento farmacológico da dor, analgésicos não opióides; • Titulação e efeitos secundários dos opióides; • Utilização de opióides em doentes com demência; • Mitos da Morfina. 	Método expositivo oral direto, interrogativo e interativo. Com recurso a sistema audiovisual.	90 Minutos (15h15 - 17h) (inclui 15 minutos de intervalo às 16h)
Conclusão e Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Debate Reflexivo entre os presentes sintetizando as principais ideias da formação; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação pedagógica aplicando o instrumento de avaliação (Apêndice H); • Encerramento da formação e disponibilização de meios para eventuais contactos. 	Método expositivo oral direto, interrogativo e interativo. Com recurso a sistema audiovisual.	45 Minutos (17h - 17h45)

Apêndice V - Cartaz de divulgação da formação em serviço



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



UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DA SCMCB

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

“Avaliação, Registo e Controlo da Dor no doente que não comunica”

Formadora

Tânia de Lurdes Ludovico Soares
Aluna do 4º Mestrado em Cuidados Paliativos
da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias |
Instituto Politécnico de Castelo Branco

Destinatários

Todos os elementos da equipa multidisciplinar
da UCCI e restantes Valências da SCM

Duração da Sessão

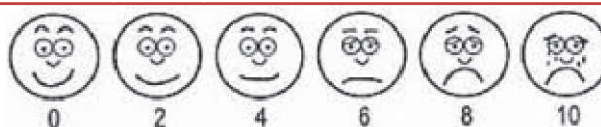
A formação em serviço terá uma duração de
aproximadamente 3h distribuída por dois
momentos com aproximadamente a mesma
duração.

Data

22 de Junho de 2016
14h30

Local

Sala de Reuniões da UCCI - SCM



Apêndice VI - Panfleto alusivo à formação em serviço

Objetivos gerais:

- Relembrar o papel e as obrigações legais dos profissionais de saúde em relação à dor;
- Aprofundar conhecimentos sobre a problemática da dor;
- Avaliar a dor de acordo com o contexto clínico;
- Avaliar a intensidade da dor na pessoa de acordo com a sua situação clínica;



Enfermeira Tânia Soares

Aluna do 4º Mestrado em Cuidados Paliativos
na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

“Avaliação, Registo e Controlo da Dor no doente que não comunica”

16 de Junho de 2016
14h30
Sala de Reuniões da UCCL-SCMCB

O que é a DOR?

“Sensação a qual a pessoa experiencia desconforto, angústia, ou sofrimento devido a estímulos de nervos sensitivos.”

(Free, 2002)



É definida como um sintoma, e não um diagnóstico, e quando existe não é determinada pela quantidade de dano físico que causa.

Pode ser influenciada por múltiplos fatores, acompanhando de forma transversal grande parte das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.

(Portela&Neto, 1999)



Na presença de alterações cognitivas torna-se difícil expressar a dor e os instrumentos de avaliação que normalmente estão disponíveis nos serviços tomam-se pouco adaptados quando as pessoas não podem verbalizar e quantificar corretamente a dor.



Existem outro tipo de escalas, as de heteroavaliação que utilizam a observação de comportamentos que ocorrem quando existe dor.

(Adams, 2002; Guarda, 2007)

Apêndice VII - Convite alusivo à formação em serviço



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



UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DA SCMCB

CONVITE

A Enfermeira Tânia Soares, aluna do 4º Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, vem por este meio convidar todos os elementos da equipa multidisciplinar para uma Formação em Serviço intitulada

“Avaliação, Registo e Controlo da Dor no doente que não comunica”

A sessão tem como objetivo sensibilizar todos os profissionais da UCCI e restantes estruturas da SCM para esta problemática, visando a adoção de boas práticas no controlo sintomático deste tipo de utentes.

Agradecendo desde já a vossa atenção e participação

Data: 22 de Junho de 2016 às 14h30
Local: Sala de Reuniões UCCI da SCM

Apêndice VIII - Apresentação da formação em serviço

Avaliação e Controlo da Dor no Doente que não Comunica

Enfermeira Tânia Soares
Aluna do 4º Mestrado em Cuidados Paliativos
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Castelo Branco

Objetivos:

Que no final desta formação cada profissional de saúde/formando seja capaz de:

- Compreender a importância da Avaliação da Dor para o controlo deste sintoma;
- Identificar métodos de avaliação da dor bem como adaptá-los a cada utente;
- Reconhecer a importância do Registo da Avaliação da Dor no processo do utente;
- Identificar os diferentes tipos de analgesia existentes bem como compreender as regras de equivalência e titulação dos mesmos;

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- ABC of palliative care. Principles of control of cancer pain. *BMI* 2006; 332:1022-24
- Fleming, Manuela; 2003, *Dor sem nome, pensar o sofrimento*, 2ª edição, Afrontamento Edições, Porto.
- Guarda, H.; 2007, *Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não-Comunicante Verbalmente - Escala Doloplus 2*. In *Revista DOR*, Vol.1, n.º 15, pág. 42-47.
- Hacpille, Lucie; 2000, *A Dor cancerosa e o seu tratamento*, Instituto Piaget, Lisboa.
- Manual Cuidados Paliativos (Faculdade Medicina de Lisboa (2010); 2ª ed.)
- Metzger, Christiane et al; 2002, *Cuidados de enfermagem e dor*, Loures, Lusociência, ISBN - 972-8383-32-0.
- Neto&Barbosa; 2010, *Manual de Cuidados Paliativos*; 2ª edição, Lisboa, Secção Editorial da Associação de Estudantes da FMUL, ISBN - 978-972-9349-22-5, p. 247-266
- Portela, J. Luis & Neto, Isabel G.; 1999, *Dor e cuidados paliativos*, Lisboa: Permanyer.
- Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. *Rev Clin Geral* 2007; 23: 457-64
- Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from EAPC. *Lancet Oncol* 2012; 13:e58-68

Em 2002, a OMS definiu **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 com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.”



Controlo Sintomático

↓

Implica saber *reconhecer, avaliar e tratar* adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e têm repercussões diretas sobre o bem estar dos utentes

Princípios do Controlo Sintomático

- Avaliar antes de tratar (causa, impacto, intensidade, fatores condicionantes);
- Explicar causas dos sintomas e medidas terapêuticas de forma acessível – estabelecer planos terapêuticos com utente e família;
- Adequar as vias de administração terapêutica;
- Não esperar que um utente se queixe – Atitude Preventiva;

Princípios do Controlo Sintomático

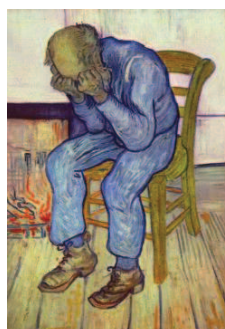
- Adotar uma estratégia terapêutica mista;
- Monitorizar sintomas;
- Reavaliação regular das medidas terapêuticas;
- Cuidar dos detalhes;
- Estar disponível

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Nome do Doente: _____	
Data: _____	
Por favor circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas).	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior apetite possível
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de bem-estar possível
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	

O que é a DOR:

De acordo com a *International Association for the Study of Pain (IASPA)*, a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.



Dor é aquilo que o doente referir como tal



- Desde 2001, foi concebido o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, estão a ser criadas, Unidades de Dor em hospitais de todo o país;
- **A dor como 5º sinal vital surge** com a Circular Normativa Nº 09/DGCG, 14/06/2003 e implica o registo sistemático da intensidade da dor dos utentes;
- A dor, e nomeadamente a dor crónica, pode ter um impacto significativamente negativo na qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares;
- O controlo eficaz da dor é um **direito** dos doentes que dela padecem, um **dever** dos profissionais de saúde e um passo fundamental na efetiva humanização das unidades de saúde.

Duração

- Aguda
- Crónica
- Irruptiva

Intensidade

- Leve
- Moderada
- Severa

Etiologia

- Nociceptiva
- Neuropática
- Psicogénica

Dor Aguda:

- Surge após uma lesão e desaparece com a resolução da mesma;
- É benéfica pois constitui um sinal de alerta;
- É a resposta fisiológica normal e previsível a um estímulo prejudicial (nocivo).



Dor Crónica:

- Definida pela DGS como uma dor prolongada no tempo;
- Persiste para além da resolução da lesão que a causa (≥3 meses);
- Normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal;
- Causa Sofrimento;
- Pode manifestar-se de várias maneiras.

Dor Irruptiva:

- é uma dor adicional repentina, que ocorre apesar de ter tomado os seus medicamentos habituais para alívio da dor;



A DOR pode ser:



Dor Nociceptiva:

- Provocada por uma lesão ou dano tecidual;
- Pode ser somática ou visceral consoante a localização da lesão

Somática • Tecido (pele, osso, musculo...)

Visceral • Visceral (torax, abdómen,...)

Dor Neuropática:

- É provocada por lesões primária ou disfunção do sistema nervoso;
- Pode ser periférica ou central;
- Os fatores que provocam a dor neuropática incluem perturbações metabólicas como a diabetes ou doenças infecciosas como a zona;
- Descrita como queimadura, cortante e tipo choque elétrico;

Dor Psicogénica:

- Não é baseada em causas orgânicas;
- É provocada por problemas psicológicos;
- Pode ser difícil de detetar;
- Antes de poder ser realizado um diagnóstico, todas as causas orgânicas devem ser excluídas;
- Percurso longo e até ao diagnóstico correto → longo percurso até ao tratamento da dor.

Avaliação da DOR:

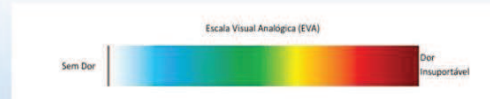
- Pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;
- A percepção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida.

- A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

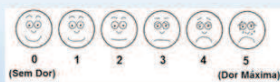
(Circular Normativa DGS)

Avaliação da Dor:

Utente tem limitações na capacidade de comunicação



Escala das Faces



Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Doente que não comunica:

Afasia

- é uma perda da capacidade para utilizar a linguagem devido a uma lesão na área do cérebro que a controla

Demência

- é o termo utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa

A F A S I A

Tipo	Produção Verbal	Capacidade para repetir frases	Compreensão	Denominação de objetos	Área afetada
De Broca	Deficiente	Deficiente	Normal	Ligeiramente Alterado	
De Wernicke	Fluente	Deficiente	Alterado	Alterado	
De condução	Fluente	Deficiente	Normal	Alterado	
Global	Deficiente	Deficiente	Alterado	Alterado	
Anômica	Fluente	Normal (mas alterada em conteúdo)	Normal	Alterado	
Transcortical Motora	Deficiente	Normal	Normal	Alterado	
Sensitiva	Fluente	Normal	Alterado	Alterado	

Causas:

- Tumores cerebrais;
- Acidente Vascular Cerebral AVC (ou derrame);
- Doenças infecciosas (como a meningite);
- Acidentes com traumatismo cranioencefálico;
- Epilepsia;
- Etc...

D E M Ê N C I A S

Doença de Alzheimer

Demência Vascular

Doença de Parkinson

Demência dos Copos de Lewy

Demência Frontotemporal

Demência Alcoólica, pós-traumática, SIDA...



C O M P O R T A M E N T O



A T I V I D A D E

Estabelecer um procedimento para a avaliação da dor:

- Procurar causas potenciais de dor;
- Identificar patologias ou procedimentos que possam causar dor;
- Listar comportamentos que indiquem dor (através de escalas);
- Identificar comportamentos que os familiares identifiquem como indicadores de dor;
- Prova Analgésica

Escalas de Heteroavaliação da Dor:

• DOLOPLUS 2

• PAINAD: The Pain Assessment in Advanced Dementia Scale

↓
Escala de Avaliação do Comportamento da Dor

ESCALA DOLOPLUS AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA				
APELIDO	NOME PRÓPRIO	DATAS		
SERVIÇO				
(Observação comportamental)				
REPERCUSSÃO SOMÁTICA				
1. Questões somáticas	. ausência de queixas	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2
2. Posições antigas em repouso	. ausência de posição antiga	0	0	0
	. indivíduos em certas posições de forma ocasional	1	1	1
	. posição antiga permanente e eficaz	2	2	2
3. Proteção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidado	2	2	2
4. Expressões faciais	. mínima que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1
	. mínima que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2
	. mínima inexpressiva em permanente e de forma não habitual (álvea, rigidez, other visto)	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1
	. despertar frequente (paralisação noturna)	2	2	2
	. excitação com repercussão não fraca de despertar	3	3	3

REPERCUSSÃO PSICOMOTORA				
1. Higiene	. capacidades habituais conservadas	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (sem produção mas completas)	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2
2. Alimentação	. higiene e/ou vestir impositivos; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3
	. capacidades habituais conservadas	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui a sua perimetria de marcha)	1	1	1
3. Movimento	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2
	. movimento impositivo: qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3
	. sem alteração	0	0	0
4. Expressão facial	. indiferença (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo não se)	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3
5. Situação social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, outros terapêuticos...)	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1
	. recusa parcial da participação nas diferentes actividades	2	2	2
6. Alterações de comportamento	. recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3
	. comportamento habitual	0	0	0
	. alterações de comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1
7. Alterações de comportamento	. alterações de comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2
	. alterações de comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3

ESCALA DOLOPLUS LÉXICO	
Questões somáticas	O paciente exprime a sua dor através da palavra, do gesto ou de grúas - choros - gemidos.
Posições antigas	Posição corporal não habitual, visando evitar ou aliviar a dor.
Protecção de zonas dolorosas	O paciente protege uma das zonas do seu corpo através de uma acção ou determinados gestos de defesa.
Mínimo	É muito pouco exprimir a dor através da expressão (ríspada, tensão, alteração) e do olhar (olhar fixo, vazios, avulsos, lágrimas).
Solicitação	Toda qualquer solicitação (aproximação de um cuidador, mobilização, cuidados, etc.)
Higiene/Vestir	Avaliação da dor durante a higiene e/ou vestir, sozinho ou com ajuda.
Movimentos	Avaliação da dor no movimento: mudança de posição - transferências - marcha, sozinho ou com ajuda.
Comunicação	Verbal ou não verbal.
Má-Bela	Reações, associações, actividades, estados terapêuticos, achadimento dos vizinhos, etc.
Alterações de comportamento	Agressividade, agitação, confusão, inatencção, desleixo, regressão, período de estadiação, etc.

Item	Descrição	Pontuação
	Músculos faciais relaxados.	0
Face	Tensão dos músculos faciais, sobrancelhas franzidas, expressão de carceres.	1
	Francimento frequente e constante das sobrancelhas, maxilares cerrados.	2
Inquietude	Sossegado, aparência relaxada, movimento normal.	0
	Movimentos ocasionalmente inquietos, posição variável.	1
Tônus Muscular	Movimentos de inquietude frequentes.	2
	Tônus muscular normal. Relaxado.	0
Vocalização	Aumento do tônus, flexão dos dedos das mãos e dos pés.	1
	Tônus muscular rijo.	2
Comportamento	Não emite sons anormais.	0
	Queixumes ocasionais, choro, lamúrias ou grunhidos.	1
Consolabilidade	Queixumes, choro, lamúrias ou grunhidos frequentes ou contínuos	2
	Satisfeito e relaxado.	0
	Reconfortado pelo toque ou pela fala. Facilmente distraído.	1
	Difícil de reconfortar pelo tato ou pela fala.	2

Sinais de Dor no doente que não comunica:

- Alterações do comportamento (o utente pode parecer apático, frustrado, zangado, etc.);
- Dormir mais que o habitual;
- Sono perturbado ou agitado;
- Choro ou sofrimento;
- Expressões faciais ou verbais;
- Gestos que indiquem sofrimento;
- Relutância em mover-se;
- Gemidos de dor ao movimentar-se;
- Movimentos limitados ou lentos;
- Inquietação;
- Aumento ou diminuição das verbalizações;
- Diminuição da ingestão nutricional;
- Aumento da Confusão;
- Raiva, agressividade, irritabilidade ou agitação, etc.



Tratamento da Dor

- Farmacológico
 - Não Farmacológico
- ↓
- Terapêutica da Dor
- Fisioterapia
 - Acupuntura
 - TENS
 - Psicoterapia

Tratamento não farmacológico

• Fisioterapia

São utilizados vários métodos no tratamento da dor: a massagem, crioterapia (tratamento pelo frio) ou termoterapia (tratamento pelo calor) são utilizadas, em particular, no tratamento da dor músculo-esquelética.

Tratamento não farmacológico

• Acupuntura

Método de tratamento originário da medicina chinesa, que tem demonstrado ser muito eficaz no tratamento da dor. São inseridas agulhas finas nas áreas de tratamento com acumulação de células sensoriais (pontos de acupuntura), libertando as substâncias que inibem a dor, por exemplo, endorfinas, que inibem a transmissão do impulso doloroso. Poderá, ainda, ser aplicada uma corrente elétrica nas agulhas.

Tratamento não farmacológico

• **Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)**

É um procedimento de estimulação destinado a ativar os sistemas endógenos de inibição da dor ao nível da medula espinal e supraespinal. Os eletrodos são aplicados sobre a pele na região onde a dor está localizada, ou na área imediatamente contígua, ou ainda sobre pontos de estimulação ou de acupuntura, e ajustados para uma frequência especial dependendo, em geral, da natureza da dor.

Tratamento não farmacológico

• **Psicoterapia**

O facto da administração de placebo reduzir significativamente a dor mostra que a componente psíquica exerce um efeito considerável sobre a percepção da dor. Os cuidados psicológicos de doentes com dor estão especialmente indicados na dor crónica, incluindo, por exemplo, treino de relaxamento, hipnose, terapêutica comportamental e psicoterapia.

Terapêutica da dor

- Segundo a OMS a terapêutica a utilizar para o controlo da dor deve ser ajustada em função das necessidades do doente:
 - Pela Boca
 - Pelo Relógio
 - Pela Escada
 - Individualizar o tratamento
 - Atenção aos detalhes

Terapêutica da dor

- ANÁLGÉSICOS: Opióides e não opióides
- ADJUVANTES (antidepressivos, antiepiléticos, corticoides, relaxantes musculares, antiespasmódicos...)

Não usar mais que um fármaco de cada degrau
 Não associar opióides
 Em cada degrau juntar adjuvantes para indicações específicas



Dor Leve

Ibuprofeno
400mg 3id ou
600mg 2id

Paracetamol
1gr 6/6h

Nolotil
575mg 2id PO
2gr/5ml id EV/IM

Adjuvantes

Dor Ligeira a Moderada

Opióides Fracos
 Tramadol 50mg
 3id PO ou 100mg
 id IM

+

Ibuprofeno 400mg
 3id /600 2id
 ou
 Paracetamol 1g
 6/6h

Adjuvantes

Dor Moderada a Intensa

Opióides Fortes
 (devidamente
 titulados)

+

Ibuprofeno 400mg 3id
 /600 2id
 ou
 Paracetamol 1g 6/6h

Adjuvantes

SÃO JOÃO

TRATAMENTO DA DOR
OPIÓIDES – DOSES EQUIANALGÉSICAS (pag. 24)

Analgésico	Formulação	Duração Ação	Dose máxima (em 24 h)	Potência vs Morfina Oral	Equivalências Analgésicas
Codeína	Oral	3-6h	360mg	1/12	360
Tramadol oral	Libertação normal	4-6h	400mg	1/5	150 300 400
Tramadol oral	Libertação modificada	12 ou 24h			
Tramadol rectal	Rectal	4-6h			
Tramadol injectável	SC, IV, IM	4-6h		1/3	100 200 300 400
Morfina oral	Libertação normal	4h		1/1	30 60 80 100 150 180 210 240 270
Morfina oral	Libertação modificada	12 ou 24h			
Morfina injectável	SC, IV	4h		Não tem*	
Morfina injectável	Epidural	4h		2 a 3/1	10-15 20-30 27-40 40-60 50-75 60-90 70-105 80-120 90-135
Oxycodona oral	Libertação normal	4-6h		10/1	3 8 12 17 13 15 18 21 24 27
Oxycodona oral	Libertação modificada	24h		Não tem*	15/1 20 40 50 80 100 120 140 160 180
Buprenorfina oral	Libertação modificada	24h		Não tem*	5/1 8 12 16 24 30 36 42 48 54
Buprenorfina	Sublingual (SL)	6-8h	24mg	75-80/1	0,4 0,8 1 1,5 2,0 2,5 3 3,4
Fentanil	TD (ag/h)	96h	140 (ag/h)	75/1	105 35 52,5 70 105
Fentanil	TD (ag/h)	22h		Não tem*	12 25 50 75 100
Fentanil	Dose/Resposta (oral)-Morfina liberação normal				15mc 30mc 30mc 30mc 40mc

Adjuvantes:

- Não são feitos para tratar a dor mas potenciam o efeito dos analgésicos

OBJETIVOS:

- Reduzir efeitos secundários dos opióides
- Controlar problemas associados à dor (depressão, insónia, contratura muscular...)

Podem associar-se a qualquer degrau da escada analgésica

Mitos da Morfina

- “A morfina acelera a morte do doente”
- “A morfina só é usada em doentes terminais”
- “Se a morfina é usada muito cedo não existirão medicamentos disponíveis quando a dor se tornar mais intensa”
- “Uma vez iniciada, a dose de morfina tem de ser aumentada frequentemente”
- “A morfina parentérica é mais eficaz que a oral”



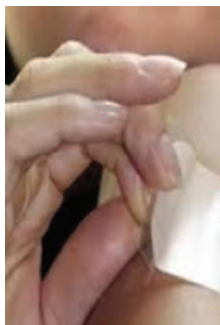
Vias de Administração:

- Oral;
- Sublingual;
- Transdérmica;
- Rectal;
- Subcutânea;
- Endovenosa;
- Intramuscular



Via Oral:

- Via de Eleição sempre que possível
- Não usar via parentérica se a via oral ainda estiver disponível



Via Transdérmica:

- Menores efeitos secundários que os injetáveis
- Não se inicia na fase de agonia



Injetáveis

- Indicados nos sintomas agudos
- Ineficazes em sintomas crónicos
- Semivida curta – implica múltiplas administrações nas 24h
- Via de administração dolorosa



Via Subcutânea

- Eficaz, segura e pouco agressiva
- Económica e simples
- Rápido acesso
- Administração continua e menos dolorosa de injetáveis
- Menos complicações que a via EV e IM

Caso Clínico 1:

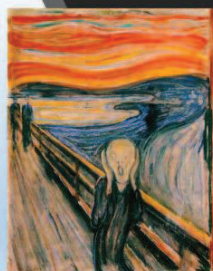
Utente de 88 anos com ATCD de demência vascular, HTA, DM tipo II, AVC isquémico com hemiparesia à direita e afasia. Necessita de Ajuda total na satisfação das suas AVD's. Alimentada por SNG, por renitência alimentar. Incontinente de esfínteres, usa fralda de proteção. Faz levante diário para cadeirão com faixa de contenção. Tem alguns períodos de agitação psicomotora mais frequentes à cerca de 10 dias, introduzida Quetiapina 25mg sem efeito. Olhar franzido e reage agressivamente na mudança da fralda e posicionamentos no leito.

Caso Clínico 2:

Utente do sexo masculino, raça caucasiana, 88 anos vem com diagnóstico principal de infeções respiratórias de repetição associadas a aspiração de conteúdo alimentar. Necessita de ajuda total na satisfação das suas AVD's. Faz O2 contínuo. É alimentado por SNG. Incontinente de esfínteres, tem SV e fralda de proteção. Não realiza levante. Tem duas UP's de graus III e IV no trocânter dto e região sagrada respetivamente. Faz selo de Fentanilo® 75µg/h que troca de 3 em 3 dias à mesma hora. Faz medicação em SOS antes da realização dos pensos. À entrada no quarto apresenta gemido, fâcies de desconforto e não reverte com a nossa chegada nem presença da família.

Caso Clínico 3:

Utente de 89 anos com ATCD: DM II, HTA, Síndrome Demencial (agravamento desde Set. 2015), Epilepsia, Pneumonia (Fev. 2016) vem por agravamento do estado geral. Necessita de ajuda total na satisfação das suas AVD's. Tem cansaço moderado a pequenos esforços. É alimentada de dieta pastosa. Contínua vesical com fralda de proteção no período noturno e transito intestinal regulado. Verbaliza dor no membro inferior esquerdo segundo a mesma que “começa no pé e vem até ao joelho”. Prestados cuidados de higiene e conforto no leito, feita massagem de conforto e mobilização passiva dos membros inferiores. A utente adormece durante os cuidados.



A minha Dor é um convento ideal
Cheio de claustros, sombras, arcarias,
Aonde a pedra em convulsões sombrias
Tem linhas dum requinte escultural.

Os sinos têm dobres de agonias
Ao gemer, comovidos, o seu mal ...
E todos têm sons de funeral
Ao bater horas, no correr dos dias ...

A minha Dor é um convento. Há lírios
Dum roxo macerado de mártírios,
Tão belos como nunca os viu alguém!

Nesse triste convento aonde eu moro,
Noites e dias rezo e grito e choro,
E ninguém ouve ... ninguém vê ... ninguém ...

Florbelá Espanca, in "Livro de Mágoas"



Obrigado

pela vossa atenção!

E-mail:
tania-soares83@gmail.com

Apêndice IX - Instrumento de avaliação pedagógica da formação em serviço

Instrumento de avaliação pedagógica da Formação em Serviço (assinale “x” no quadrado correspondente)						
Aspetos a Avaliar (de 1 - Insuficiente - a 5 - Excelente)		1	2	3	4	5
Metodologia letiva utilizada						
Clareza na exposição dos conteúdos						
Relevância para a prática profissional						
Atitude pedagógica dos formadores						
Material bibliográfico disponibilizado						
Adequabilidade dos recursos utilizados						
Avaliação global da formação						
Duração da Formação	Adequada					
	Não Adequada					
Críticas/Aspetos a Melhorar :						

Apêndice X - Instrumento de avaliação das práticas profissionais após a formação em serviço

	SIM	NÃO
Avalia a dor no doente que não comunica?		
Se sim efetua o devido registo no processo do utente?		
Utiliza a Escala de Avaliação que foi apresentada na formação em questão e que é parte integrante do protocolo existente no serviço?		
Considera que essa avaliação é fundamental para o controlo da dor no Doente que Não Comunica?		
Na sua prática diária, comunica e discute com os restantes elementos da equipa multidisciplinar quando identifica sinais de dor num doente que não comunica?		

(Assinale "X" no quadrado correspondente)

Pode deixar um comentário descritivo se assim o desejar.

Anexos

Anexo I - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Nome do Doente: _____												
Data: _____												
Por favor circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as 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 náusea	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 - Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003



Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Nº 09/DGCG
Data: 14/06/2003

Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

I – NORMA

Atendendo a que:

- a) A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.
- b) O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.
- c) Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor.
- d) Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*.
- e) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.
- f) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente Circular, a "**Dor como o 5º sinal vital**".

Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

1. O registo sistemático da intensidade da Dor.
2. A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: "*Escala Visual Analógica*" (convertida em escala numérica para efeitos de registo), "*Escala Numérica*", "*Escala Qualitativa*" ou "*Escala de Faces*".
3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor.

II – REGRAS DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- a) A avaliação da intensidade da Dor pode efectuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas.
- b) A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente.
- c) À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da Dor registada refere-se ao momento da sua colheita.

Alameda D. Afonso Henriques, 45, 1049-005 Lisboa - Tel.: 21 843 05 00 - Fax: 21 843 05 30/1 - <http://www.dgsaude.pt>

Direcção-Geral da Saúde **Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003**

- d) As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, não incluídos na presente Circular, para doentes que não preencham estes critérios.
- e) A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma.
- f) Para uma correcta avaliação da intensidade da Dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização.
- g) É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, correctamente, o significado e utilização da escala utilizada.

Escola Visual Analógica

Sem Dor _____ Dor Máxima

A Escola Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima".

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha recta.

Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Exemplo:

Um doente com Dor Ligeira assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação "Sem Dor" (posição A). Se sofrer de uma Dor Média assinalará uma cruz na zona central da linha (posição B). Se sofrer de uma Dor Intensa assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação "Dor Máxima" (posição C).

Sem Dor				Dor Máxima
	A	B	C	

Escola Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

A Escola Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima" (Dor de intensidade máxima imaginável).

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

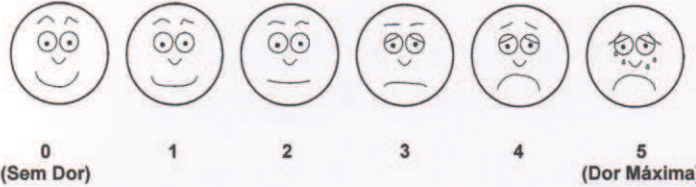
Escola Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Na Escola Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjectivos: "Sem Dor", "Dor Ligeira", "Dor Moderada", "Dor Intensa" ou "Dor Máxima". Estes adjectivos devem ser registados na folha de registo.

Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003

Escala de Faces



Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação "Sem Dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima".

Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.

Folha de Registo dos Sinais e Sintomas Vitais

Na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, deve ser incluído espaço próprio para registo da intensidade da Dor, como, a título de exemplo, se indica:

REGISTO DE SINAIS E SINTOMAS VITAIS																						
Mês																						
Dia																						
Turno																						
		SINAIS E SINTOMAS																				
		DOR	T	FC	FR	TA	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Dor Máxima	10																					
Dor Intensa	8																					
	7																					
	6																					
Dor Moderada	5																					
	4																					
	3																					
Dor Ligeira	2																					
	1																					
Sem Dor	0																					
FR – Frequência Respiratória TA – Tensão Arterial F.C. – Frequência Cardíaca T – Temperatura						Observações																

III – FUNDAMENTAÇÃO

A Dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a Dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial.

Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003

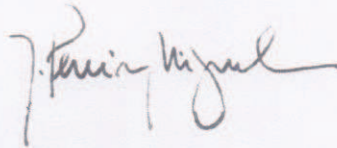
Constata-se, assim, que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da Dor, face a uma mesma estimulação dolorosa.

Se por um lado a Dor Aguda, como a dor pós-operatória ou a dor pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo, a Dor Crónica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é, muitas vezes, rebelde, permanecendo e levando a sequelas incapacitantes. No entanto, todos os tipos de Dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, reflectindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes.

Com a criação do *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, estão a desenvolver-se e a criar-se, por todo o País, Unidades de Tratamento de Dor, como recurso diferenciado para a abordagem da Dor.

Importa, assim, que a Dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital.

O Director-Geral e Alto Comissário da Saúde



Prof. Doutor José Pereira Miguel

Anexo III - Normas e procedimentos para atuação em caso de Dor



UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DA SCMCB

Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco

Normas e procedimentos
para atuação em caso de

DOR



Redigido pela equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa
de Misericórdia de Castelo Branco

Índice Geral

1. Classificação	3
2. Avaliação	3
3. Tratamento farmacológico segundo intensidade	4

1. Classificação

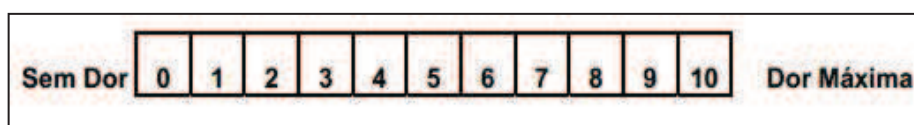
Tipo de dor:

- Nociceptiva
 - Somática – Constante, intermitente ou em moinha, bem localizável (osteoartroses graves, fraturas ósseas, infiltração dos tecidos moles, ...)
 - Visceral – Constante, que aperta, precariamente localizada (obstrução intestinal, cólica renal, ...)
- Neuropática – Dor lancinante, tipo choque, ardor constante, pode irradiar. Neuropatia diabética, nevralgias, invasão do plexo braquial ou do nervo trigémio, ...
- Pré-Cordial
 - Angina de Peito Estável e Instável (ou Angina Pré-Enfarte)
 - Enfarte Agudo do Miocárdio

2. Avaliação

Em pessoas com capacidade de colaboração activa

Escala Numérica



Em pessoas incapazes de colaborar activamente

Escala de Avaliação do Comportamento da Dor

Item	Descrição	Pontuação
Face	Músculos faciais relaxados.	0
	Tensão dos músculos faciais, sobrancelhas franzidas, expressão de caretas.	1
	Franzimento frequente e constante das sobrancelhas, maxilares cerrados.	2
Inquietude	Sossegado, aparência relaxada, movimento normal.	0
	Movimentos ocasionalmente inquietos, posição variável.	1
	Movimentos de inquietude frequentes.	2
Tónus Muscular	Tónus muscular normal. Relaxado.	0
	Aumento do tónus, flexão dos dedos das mãos e dos pés.	1
	Tónus muscular rijo.	2
Vocalização	Não emite sons anormais.	0
	Queixumes ocasionais, choro, lamúrias ou grunhidos.	1
	Queixumes, choro, lamúrias ou grunhidos frequentes ou contínuos	2
Consolabilidade	Satisfeito e relaxado.	0
	Reconfortado pelo toque ou pela fala. Facilmente distraído.	1
	Difícil de reconfortar pelo tacto ou pela fala.	2
TOTAL da Escala de Avaliação do Comportamento da Dor (10)		

3. Tratamento farmacológico segundo intensidade

Tipo de Dor				Actuação com posterior conhecimento médico			Actuação com posterior conhecimento médico			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Somática	Ibuprofeno 400mg 3id / 600mg 2id ou Paracetamol 1g 6/6h ou Nolotil 575 mg 2id PO ou Nolotil 2g/5ml id IM/EV			Tramadol 50mg 3id PO ou Tramadol 100mg id IM + Ibuprofeno 400mg 3id / 600mg 2id ou Paracetamol 1g 6/6h			Opióide potente (Morfina / Fentanil / Buprenorfina) + Ibuprofeno 400mg 3id / 600mg 2id ou Paracetamol 1g 6/6h			
Visceral	Ibuprofeno 400mg 3id / 600mg 2id ou Paracetamol 1g 6/6h ou Nolotil 575 mg 2id PO ou Nolotil 2g/5ml id IM/EV			Tramadol 50mg 3id PO ou Tramadol 100mg id IM + Ibuprofeno 400mg 3id / 600mg 2id ou Paracetamol 1g 6/6h			Opióide potente (Morfina / Fentanil / Buprenorfina) + Ibuprofeno 400mg 3id / 600mg 2id ou Paracetamol 1g 6/6h			
Visceral I Tipo Cólica	Buscopan 10mg PO ou Buscopan 20mg IM			Tramadol 50mg 3id PO ou Tramadol 100mg id IM + Buscopan 10mg PO ou Buscopan 20mg IM			Opióide potente (Morfina / Fentanil / Buprenorfina) + Buscopan 10mg PO ou Buscopan 20mg IM			
Neuropática	Ibuprofeno 400mg 3id / 600mg 2id ou Paracetamol 1g 6/6h + Gabapentina 300mg 2id PO			Tramadol 50mg 3id PO ou Tramadol 100mg id IM + Gabapentina 300mg 2id PO ou Cymbalta® 60mg id PO ou Pregabalina 150mg 2id PO			Opióide potente (Morfina / Fentanil / Buprenorfina) + Gabapentina 300mg 2id PO ou Cymbalta® 60mg id PO ou Pregabalina 150mg 2id PO			
Pré-Cordial	<p>Em todos os níveis de intensidade, e <u>sempre</u> segundo indicação médica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorização dos parâmetros vitais 2. Administração SL de Nitroglicerina 0,5mg (Nitromint®) se TA normal ou alta 3. Administração de AAS até 300mg ou Clopidogrel até 150mg 4. Oxigenoterapia a baixo débito (1 a 4 L/min) em caso de dispneia 5. Se ansiedade, diluir 1 ampola de Diazepam em 8cc de SF, e administrar EV 2cc do preparado (repetir administração em SOS) 6. Caso a dor persista, utente deve ser enviado(a) de imediato ao SU 									

Legenda:

	Dor Ligeira
	Dor Moderada
	Dor Severa

Dor persistente ou com sinais associados que o justifiquem: informar o(a) médico(a) da Unidade e/ou proceder ao envio do(a) utente para o SU

