



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

Relatório de Prática Clínica em Cuidados Paliativos

Avaliação e Alívio da Dor

Mónica Alexandra Monteiro Ramos

Orientadora

Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Relatório de Prática Clínica apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, professora coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Dezembro, 2014

Composição do Júri

Presidente do júri

Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

Professor adjunto na ESALD

Vogais

Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Professora Coordenadora na ESALD

Mestre Sandra Catarina Fonseca Simões da Silva

Responsável da Unidade de Cuidados Paliativos na Clipóvoa

Dedicatória

Ao meu Pai.

À Raquel.

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que contribuíram e tornaram possível a realização deste trabalho.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Paula Antunes Gonçalves Sapeta.

À *Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de CR*, onde realizei a prática clínica.

Aos doentes e suas famílias.

Aos colegas de mestrado.

A todos os que trabalham comigo na UCSP de Penamacor, em especial aos colegas enfermeiros: Ana Francisco, Cristina Firme, Francisco Baptista, Francisco Sánchez e Graciete Mendes.

Aos amigos.

À minha família.

Obrigada a todos!

“O próprio viver é morrer, porque não temos um dia a mais na nossa vida que não tenhamos,
nisso, um dia a menos nela”

Fernando Pessoa

Resumo

A realização deste relatório é parte integrante para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Descreve os objetivos e atividades planeadas no Projeto de Prática Clínica e Relatório, e desenvolvidas no âmbito da Prática Clínica. A Prática Clínica foi desenvolvida numa Equipa de Cuidados Paliativos da Comunidade Autónoma da Extremadura – Espanha, ao longo de 25 turnos. Foi também desenvolvido um Projeto de Intervenção no meu local de trabalho subordinado ao tema “Avaliação e Alívio da Dor”. Em 2006 a International Association for the Study of Pain (IASP) define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. Da correta avaliação da dor dependerá o sucesso do tratamento e controlo da dor, este imprescindível para a prevenção e diminuição do sofrimento.

Os objetivos essenciais da Prática Clínica consistiram na aquisição de competências nas áreas fundamentais dos Cuidados Paliativos: controlo dos sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. A integração na Equipa de Cuidados Paliativos permitiu-me a observação atenta e crítica da prática clínica diária. Em simultâneo realizei uma pesquisa bibliográfica, consultei obras e autores de referência nesta área, conversei e debati informalmente com outros profissionais de saúde sobre o tema dos Cuidados Paliativos. Este trabalho forneceu o enquadramento teórico e os fundamentos para uma prática de acordo com os princípios e a filosofia dos Cuidados Paliativos.

Em conclusão, a realização do estágio em Cuidados Paliativos fomentou mudança em duas dimensões: dimensão humana e dimensão profissional. Na primeira, a um nível mais íntimo, na segunda permitiu a aquisição de competências técnicas e científicas na assistência ao doente e sua família em contexto de Cuidados Paliativos que de certa forma condicionará a minha prática no futuro.

Palavras-Chave

Cuidados Paliativos; Dor; Avaliação da dor; Controlo da Dor; Controlo de Sintomas.

Abstract

The execution of this report is integral to meeting the requirements for obtaining Master's degree in Palliative Care. It describes the objectives and activities planned in the Clinical Practice Project and Report and carried out under Clinical Practice.

The Clinical Practice was developed in a Palliative Care Team of the Autonomous Community of Extremadura - Spain, over 25 rounds. An Intervention Project regarding "Pain Assessment and Relief" was also developed at my workplace.

In 2006, the International Association for the Study of Pain (IASP) defined pain as a multi-dimensional unpleasant experience, involving not only a sensory component, but also an emotional component, associated with real or potential tissue damage, or described by reference of this injury. The correct assessment of pain will depend on the success of pain treatment and control, essential for suffering prevention and reduction.

The essential objectives of Clinical Practice consisted in the acquisition of skills in key areas on Palliative Care: symptom control, suitable communication, family support and teamwork. The integration into the Palliative Care team allowed me a close and critique observation of daily clinical practice. Simultaneously I realized hard bibliographic research, consulted works and authors referenced in this area, talked and debated informally with other health professionals on the subject of Palliative Care.

This work provided the theoretical framework and the foundation for a practice in accordance with the principles and philosophy of Palliative Care.

In conclusion, the accomplishment of internship in Palliative Care fostered change in two dimensions: human and professional. The first one, in a more intimate level, and in the second allowing the acquisition of technical and scientific expertise in assisting the patient and his family in Palliative Care context that, somehow, will condition my practice in the future.

Keywords

Palliative Care; Pain; Pain Assessment; Pain Control; Symptoms' Control.

Índice Geral

Composição do Júri	iii
Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Resumo.....	xi
Abstract	xiii
1 - Introdução.....	1
2 – Prática Clínica	3
2.1 – Contextualização da Prática Clínica.....	3
2.2 - Caracterização da equipa e funcionamento	5
2.3 - Níveis e Modelos de prestação de cuidados.....	9
3 – Reflexão Crítica da Prática Clínica	11
3.1 – Controlo de sintomas	12
3.2 – Comunicação adequada	19
3.3 - Apoio à família	22
3.4 – Trabalho em equipa	26
5 - Vantagens do Uso do Tapentadol na Dor Oncológica	36
5.1 -Introdução.....	36
5.2 – Metodologia	37
5.3 – Resultados	39
5.3.1 – Mecanismo de Ação do Tapentadol.....	39
5.3.2 – Eficácia na Dor Oncológica	39
5.3.3 – Efeitos Secundários	41
5.3.4– Outras características do Tapentadol	42
5.4-Conclusão.....	42
6 – Atividades Planeadas e Não Desenvolvidas	43
7 – Projeto de Intervenção.....	43
7.1 – Planeamento e execução	47
7.1.1 – Plano de Formação.....	48
7.2 – Dor – análise do tema	50
7.3 – Avaliação da formação	57
8 – Conclusão	58
BIBLIOGRAFIA.....	61
WEBGRAFIA.....	64

ANEXOS	67
APÊNDICES.....	89

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo cooperativo com intervenção nas crises: Gómez-Batiste (2005), adaptado de Capelas e Neto (2006). Manual de Cuidados Paliativos.....	10
Figura 2. Escada analgésica da OMS, adaptado de Gonçalves, 2013, p.28.....	55

Índice de Quadros

Quadro 1. Causa da dispneia em doentes com cancro. Adaptado de Azevedo, 2006, p.179, Manual de Cuidados Paliativos.....	14
Quadro 2. Plano farmacológico para a dor do doente.....	17
Quadro 3. Plano farmacológico para a dor do doente (2ª alteração).....	18
Quadro 4. Protocolo de Buckman, adaptado de Querido, Salazar e Neto, 2006, p.373	21
Quadro 5. <i>Check-list</i> de uma conferência familiar, adaptado de Neto (2003). Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, vol.19,nº1, p. 74.....	23
Quadro 6. Cuidados ao final de vida-itens importantes. Adaptado de WHO/CDS/IMAI. 2004.....	30
Quadro 7. Princípios da Ética Médica, adaptado de Gonçalves,2006,p.182-184	33
Quadro8. Protocolo PICOD.....	38
Quadro 9. Análise DAFO.....	45
Quadro 10. Avaliação da dor, adaptado de Gonçalves, 2013, p.22	52
Quadro 11. Exemplo de escalas para avaliação da dor.....	54
Quadro 12. Características da MLN e MLM, Adaptado de Gonçalves, 2013, p. 38	56

Índice de Gráficos

Gráfico 1 . nº de estudos por ano de publicação	39
Gráfico 2 -Países de origem dos estudos	39
Gráfico 3. Eficácia na dor oncológica	40

Índice de Tabelas

Tabela 1 - CRONOGRAMA PROVISÓRIO.....	4
Tabela 2 - CRONOGRAMA DEFINITIVO.....	5
Tabela 3 – Estudos comparativos do Tapentadol com a Metadona, Oxycodona e Morfina.....	41

Siglas e Abreviaturas

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ECC – Equipa de Cuidados na Comunidade

ECCI – Equipa de Cuidados na Continuidade Integrados

ESALD – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

ESCP – Equipa de Suporte de Cuidados Paliativos

IASP – International Association for the Study of Pain

ICN - International Council of Nurses

IPCB – Instituto Politécnico de Castelo Branco

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNCDor – Plano Nacional para Controlo da Dor

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SECPAL – Sociedad Española de Cuidados Paliativos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCSP – Unidade De Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

1 - Introdução

O presente documento surge no âmbito do 2º Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD) como condição para a obtenção do grau de Mestre, foi realizado sob a orientação científica da Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Consiste no Relatório de Prática Clínica em Cuidados Paliativos e tem como objetivo principal descrever o trabalho desenvolvido para alcançar os objetivos traçados no Projeto de Preparação à Prática Clínica e Relatório apresentado e aprovado pelo Conselho Técnico-científico da ESALD.

A Prática Clínica compreendeu 300 horas (cerca de 37 turnos), em que me foi dada a oportunidade de realizar 100 horas (12 turnos) no meu local de trabalho atual – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Penamacor, mediante a apresentação de um projeto de intervenção; e as outras 200 horas (25 turnos) foram realizadas numa equipa de Cuidados Paliativos (CP), a qual me foi possível escolher. Selecionei a *Equipo de Sopoorte de Cuidados Paliativos del Área de Salud de CR*. A minha escolha recaiu neste local porque como exerço em contexto comunitário pareceu-me ser mais proveitoso, uma vez que o meu principal interesse é a prestação de cuidados ao doente e família em contexto domiciliário e a aquisição de competências em Cuidados Paliativos na vertente comunitária. Conhecer a realidade de outro país pareceu-me poder ser muito enriquecedor tanto a nível profissional como pessoal. Exerço a profissão de Enfermagem há dezoito anos, todo o meu percurso profissional tem sido em cuidados de saúde primários; ao longo destes anos muitas mudanças se têm verificado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), na profissão e na sociedade. A última em constante transformação exige que os serviços prestadores de cuidados de saúde se adaptem à nova realidade: alterações socioeconómicas, mudança na morbilidade (doenças crónicas, evolutivas e incuráveis), mudança do perfil das famílias e mais recentemente a situação económica e social do país, com o aumento das situações de dependência e incapacidade de resposta das estruturas de apoio. Em Cuidados de Saúde Primários (CSP), os cuidados de saúde são centrados na pessoa, família e comunidade, têm como objetivos principais a prevenção da doença e a promoção da saúde, os profissionais de saúde acompanham o indivíduo no seu ciclo de vida (desde antes o nascimento, infância, adolescência, idade adulta/reprodutiva, velhice e no fim de vida) inseridos numa comunidade, respeitando as suas ideologias, crenças e cultura, o que se enquadra nos princípios dos Cuidados Paliativos. Numa sociedade cada vez mais fragilizada pelas alterações e fenómenos sociais que se têm verificado, nomeadamente as mutações demográficas de extensa escala com repercussões sociais, culturais e económicas (Carneiro, 2012). Os desafios profissionais tornam-se difíceis de ultrapassar se não possuímos conhecimentos científicos e práticos atuais e ajustados às necessidades da população.

Na sequência dos progressos tecnológicos e científicos que foram alcançados na área da medicina nas últimas décadas, assistimos a um aumento gradual da prevalência de doenças crónicas e progressivas em que não se perspectivam a regressão ou a cura, mas permitem um aumento significativo da esperança de vida. *“O envelhecimento demográfico da população portuguesa e o registo crescente de doenças oncológicas, de SIDA, de doenças neurológicas degenerativas e de insuficiências avançadas de órgão (respiratória, cardíaca, e outras), são fatores que têm vindo a contribuir para a existência de um vasto grupo de doentes crónicos, que padecem de grande sofrimento e elevada dependência, para quem o objetivo da cura não faz*

sentido. Mesmo quando não curam – o que vai sendo cada vez mais frequente na prática clínica, os profissionais de saúde devem estar devidamente habilitados a prestar assistência e cuidados adequados, rigorosos e humanizados.” (APCP, 2006, p.1)

Estando a trabalhar numa UCSP, reconheço que a melhoria dos cuidados oferecidos às famílias e doentes em fim de vida dependem muito das equipas que desenvolvem a sua atividade na comunidade, pois são as que estão mais próximas destes doentes e por isso têm uma ação determinante na qualidade de vida dos mesmos. Segundo o Relatório de Primavera de 2013 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), que pela primeira vez abordou a oferta e procura de Cuidados Paliativos em Portugal assume que a oferta está claramente aquém das atuais recomendações da *European Association for Palliative Care* (EAPC), sendo que as necessidades dos doentes e famílias terão de ser atenuadas pelas equipas de cuidados na comunidade (ECC). Esta é a minha realidade profissional, sentindo que nós profissionais de saúde no atual contexto social precisamos minorar as falhas que interferem na qualidade de vida dos doentes com doença crónica, evolutiva e incurável, que pretendem permanecer no domicílio enquanto possível. Precisamos conseguir proporcionar-lhes condições para que isso possa acontecer, acompanhando-os e apoiando-os assim como às suas famílias em todo o percurso da doença, incluindo a morte e o luto. O Enfermeiro é o profissional de saúde que permanece mais tempo junto do doente e por isso assume um papel de elevada importância nos cuidados oferecidos ao doente, cuidar da pessoa é um princípio que acompanha a Enfermagem ao longo da sua existência, para Lemos (2011) historicamente a prática de Enfermagem é humanizada e comprometida com o bem-estar integral do indivíduo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002 definiu os CP como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais. Os cuidados são prestados com base nas necessidades apresentadas e não apenas apoiados no diagnóstico ou prognóstico, podem ser aplicados logo no início da doença, qualquer que seja a sua etiologia e vão sendo adequados de acordo com as necessidades. Consistem na assistência harmoniosa de cuidados de saúde visando dar uma resposta eficaz e proporcionada às necessidades dos doentes, principalmente no alívio de sintomas e sofrimento, aumento da qualidade de vida promovendo o máximo conforto e assegurando a dignidade humana até ao final da vida. Os CP são prestados tendo em conta todas as dimensões da pessoa e por isso consideram o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (OMS, 2002).

Atualmente há uma crescente valorização dos Cuidados Paliativos e já são reconhecidos como um direito, os seus princípios assentam entre outros: no alívio do sofrimento, controlo da dor e outros sintomas, no respeito pelo doente e seus familiares, no rigor científico, na humanização e manutenção da vida.

Em Portugal, a 17 de agosto de 2001 por resolução do Conselho de Ministros nº129/2001 é aprovado o Plano Oncológico Nacional 2001-2005 que já exige a prestação de CP. A 15 de junho de 2004 foi aprovado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) para ser aplicado no âmbito do SNS integrado no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010. Posteriormente foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pelo

Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho em que as unidades de CP fazem parte da RNCCI. Atualmente, mantém-se em vigor o PNCP e assim foi publicada a 5 de Setembro de 2012, a lei de bases dos CP que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos a estes cuidados, define a responsabilidade do estado em matéria de CP e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Recentemente, a 12 de agosto de 2014, é publicado em Diário da República, 2ª série, Nº154, o Despacho nº 10429/2014 (retificado pela Declaração de Retificação 848/2014 de 22 de agosto) que determina que os estabelecimentos hospitalares e as unidades locais de saúde, integrados no SNS, classificados nos Grupos I, II, III ou IV-a, devem assegurar a existência de uma equipa intra-hospitalar de suporte em CP (EIHSCP).

Este relatório está organizado em três partes: na primeira é descrito o modelo de organização e funcionamento do serviço onde realizei a Prática Clínica, a sua caracterização e reflexão crítica. A segunda parte descreve os casos clínicos considerados de interesse para identificar as competências adquiridas na área dos CP, descreve as atividades desenvolvidas com base nos objetivos definidos no projeto de preparação à prática clínica. Na terceira parte é descrito o projeto de intervenção realizado no meu serviço.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, privilegiando as fontes primárias. Consultei autores de referência no âmbito dos CP, livros, publicações científicas, teses de mestrado e doutoramento, dando especial atenção à literatura recente. A maioria foi consultada *online*, com recurso às bases de dados de referência e de texto integral, pesquisada com recurso às bases de dados eletrónicas como o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e Biblioteca do Conhecimento Online (B-On). Recorri também ao Google Académico no motor de busca Google. As normas de referenciação bibliográfica utilizadas são as da *American Psychological Association* (APA).

2 - Prática Clínica

2.1 - Contextualização da Prática Clínica

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento da valorização e utilização dos CP, por um lado existe uma maior sensibilização da sociedade para a necessidade destes cuidados e por outro, a importância que os profissionais de saúde atribuem cada vez mais aos CP. Cuidados Paliativos são cuidados destinados não só aos doentes oncológicos mas a todos os doentes portadores de doença crónica progressiva e debilitante associada a sofrimento, como preconizado pela APCP (2006, p.4): “...*não são só os doentes incuráveis e avançados que poderão receber estes cuidados. A existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e dessa forma justificar a intervenção de cuidados paliativos, aqui numa perspetiva de suporte e não de fim de vida.*” Utilizam-se conjuntamente com os cuidados de carácter curativo de forma complementar com o objetivo de alívio de sintomas e sofrimento. O Plano Nacional de Saúde (2004-2010) reforça a necessidade destes cuidados e preconiza o investimento nos cuidados paliativos em Portugal, alertando para a necessidade de uma melhor organização e formação em CP. A existência de CP de excelência depende da formação dos profissionais de saúde que atuam nesta área, sendo necessário uma diferenciação profissional adequada, formação

teórica específica e experiência prática efetiva em CP. Formação avançada em CP implica uma formação diferenciada mais alargada e a uma experiência prática efetiva em unidades de CP. Os objetivos gerais da prática clínica são:

- Desenvolver prática clínica/assistencial num serviço/equipa de CP, integrando e mobilizando os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o curso, nas áreas chave dos CP: comunicação, controlo dos sintomas, o apoio à família e o trabalho em equipa;
- Refletir criticamente sobre a tipologia e o modelo de organização do serviço observado;
- Adquirir competências instrumentais, interpessoais e sistémicas na sua área de exercício profissional, nas áreas chave dos CP, de modo a garantir qualidade de cuidados, a aliviar o sofrimento e a preservar a dignidade de doentes e suas famílias.

A minha prática clínica desenvolveu-se na “*Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos del Área de Salud de CR*”, sob orientação e supervisão do Dr. R., no período de 5 de maio de 2014 a 11 de junho de 2014 num total de 25 turnos que decorreram durante oito semanas consecutivas, em dias úteis das 8 horas às 15 horas. O registo foi efetuado em folha de presença. Acompanhar a equipa durante oito semanas sem interrupções permitiu um seguimento regular, observar a evolução das situações clínicas e adequação dos cuidados prestados de acordo com as fases e necessidades que o doente vai apresentando no decorrer da sua doença.

Tabela 1 - CRONOGRAMA PROVISÓRIO

Ano: 2014

Aluna: Mónica A.M. Ramos	Fevereiro				Março				Abril				Maio			
	Semanas															
	1 a	2 a	3 a	4 a	1 a	2 a	3 a	4 a	1 a	2 a	3 a	4 a	1 a	2 a	3 a	4 a
Prática Clínica																
Projeto de Intervenção																
Formações em serviço																
Elaboração de Protocolos																
Aplicação de Protocolos																
Elaboração do relatório																
Entrega do relatório																

Tabela 2 - CRONOGRAMA DEFINITIVO

Ano: 2014

Aluna: Mónica A.M. Ramos	Março				Abril				Maio				Junho			
	Semanas															
	1 a	2 a	3 a	4 a	1 a	2 a	3 a	4 a	1 a	2 a	3 a	4 a	1 a	2 a	3 a	4 a
Prática Clínica																
Projeto de Intervenção																
Formações em serviço																
Elaboração de Protocolos																
Aplicação de Protocolos																
Elaboração do relatório																
Entrega do relatório																

	Equipa CP Cória (25 turnos)
	UCSP-Penamacor (12 turnos)

As alterações do período de prática clínica deveram-se a dificuldades relacionadas com a disponibilidade de calendário da própria equipa, e celebração do protocolo entre as duas instituições. A entrega do relatório, por motivos pessoais foi a adiada, sendo entregue em dezembro de 2014.

2.2 - Caracterização da equipa e funcionamento

A Equipa de Suporte de Cuidados Paliativos (ESCP) de CR tem o seu espaço físico no Piso 0 do *Hospital Ciudad de CR*, constituído por quatro salas: gabinete médico, sala de tratamentos, gabinete de psicologia e gabinete de enfermagem. A sala de espera é comum para os quatro gabinetes. O gabinete médico é a sala mais utilizada, é lá que se encontram os ficheiros clínicos, o armário da medicação, o quadro com o plano de trabalho semanal; é onde se realizam as consultas, as reuniões de equipa e onde se realizam os registos diários. É no gabinete de enfermagem que se encontra o material de uso clínico, é lá que o enfermeiro organiza o saco com material a utilizar nos domicílios. O gabinete do psicólogo é utilizado para as consultas de psicologia e a sala de tratamentos serve para prestar os cuidados necessários ao doente no dia da consulta, nomeadamente: colheita de sangue, administração de terapêutica, realização de transfusões de sangue, realização de pensos e colocação de oxigénio se necessário.

A equipa é formada por cinco profissionais: dois médicos, um deles a tempo parcial que se encontra no serviço às quintas e sextas-feiras, um enfermeiro, um psicólogo e uma assistente social. O psicólogo e assistente social também repartem funções noutras locais e encontram-se no serviço igualmente às quintas e sextas-feiras. Sempre que seja necessário o apoio de um técnico de serviço social, a equipa articula-se com a assistente social do hospital que tem conhecimento dos doentes seguidos. Todos os elementos da equipa possuem formação avançada em CP, frequentam com regularidade ações de formação na área dos CP, participam em trabalhos de investigação com trabalhos científicos publicados e o coordenador tem funções de docência.

O seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das oito horas às quinze horas. A assistência no período que se situa entre as quinze horas e as oito horas nos dias úteis e as 24 horas dos fins-de-semana e feriados é assegurada pelas equipas de cuidados de saúde primários que funcionam nos centros de saúde de cada povoação.

A organização do trabalho assenta no trabalho em equipa, a coordenação está a cargo do médico a tempo integral na equipa de CR. É uma equipa de suporte misto, pois intervém em contexto comunitário e em contexto hospitalar. Desempenha funções de assessoria, coordenação e acompanhamento direto aos doentes e famílias. Assegura a prestação de CP a utentes e famílias que residem na área de saúde de CR. O doente pode ser referenciado pelo “médico de família”, pelo serviço hospitalar onde esteja a ser acompanhado ou pela família/cuidador, através de contacto telefónico ou reunião presencial com a equipa.

Para ingressar no programa de CP existe um conjunto de critérios relacionados com o doente ou com a família. São critérios de referência para internamento:

1. Em relação ao doente:
 - a) Dificuldade no controlo de sintomas e alívio do sofrimento;
 - b) Fraca resposta à terapêutica convencional e requer um tratamento mais complexo;
 - c) Necessidade de tratamentos complexos, seja pelos meios a utilizar ou pela complexidade psicossocial;
 - d) Dificuldades de adaptação emocional.
2. Em relação à família:
 - a) Dificuldades práticas, emocionais, de cuidados ou adaptação à situação;
 - b) Risco de luto patológico;
 - c) Claudicação do cuidador informal.

(Programa Marco, 2002, p.50)

Se os critérios estão presentes, é marcada a consulta inicial para avaliação da situação. A consulta pode ser efetuada no serviço, no domicílio ou no serviço hospitalar em que o doente estiver internado, de uma forma geral o doente está acompanhado pela família. Dependendo da fase da doença, dos sintomas apresentados e das necessidades do doente e família, a equipa decide se será um acompanhamento ativo ou passivo. A qualquer momento pode transitar de um para o outro, de acordo com a evolução e necessidades identificadas. Existe o ficheiro ativo, onde constam os doentes em fase aguda, hospitalizados ou em avaliação. E o ficheiro passivo, composto pelos doentes que se encontram estáveis, sem episódios de agudização, com controlo sintomático e por isso sem necessidade de um acompanhamento tão regular, no entanto, são contactados telefonicamente uma vez por semana por um dos elementos da equipa.

O processo clínico dos utentes existe em base informática, mas é mantido um processo em papel no qual se encontra cópia do registo informático, processo da história clínica do utente e todas as informações importantes. O processo clínico é composto pela história clínica do doente, onde constam as seguintes informações: dados do doente; proveniência (Centro de saúde ou hospital); os critérios de inclusão; se é patologia oncológica ou não oncológica; tipo de intervenção (ativo-direto, assessoria, coordenação, critérios), antecedentes pessoais do doente; tratamento atual – fármacos, posologia, duração do tratamento e resposta ao tratamento, para os opióides registo de resposta e incidências que tenham ocorrido; história da doença: localização primária, estadio, histologia, localização de metástases; tratamentos efetuados (quimioterapia, radioterapia ou outros); diagnósticos não oncológicos; o motivo da consulta; exploração física; avaliação psicossocial – nível de informação do paciente e família, temas pendentes; desenho do genograma; avaliação do cuidador principal; condições do domicílio e registo de redes de apoio social – emocional, instrumental, afetiva, intervenção social, recursos sociais como ajuda domiciliária ou outros tipos. A parte final do processo é um resumo, onde se registam: os problemas detetados, os diagnósticos principais e os objetivos do plano de atuação. São anexados ao processo os registos e avaliação do índice de *Karnofsky*, índice de *Barthel*, índice *Pfeiffer*, *Palliative Performance Status* (PPS), folha com registo e monitorização de sintomas, registo de avaliação da dor basal e irruptiva e estadio de prognóstico de *Edmonton*.

O dia de trabalho da equipa é iniciado com a revisão dos casos que estão em ativo, existe um quadro com o plano semanal para organizar o trabalho, são planeadas as intervenções diárias. Todos os dias se realizam contactos telefónicos ao doente, família ou equipa de CSP de acordo com o agendamento para este fim. São realizadas as consultas programadas no serviço ou noutros serviços onde se encontrem doentes internados. Para além da visita programada aos pisos também podem ser efetuadas consultas pela primeira vez, normalmente solicitadas pelos serviços onde esteja um doente que a equipa do serviço identifique como candidato ao programa de cuidados paliativos, faz-se uma primeira avaliação e se necessário o médico colabora na estratégia terapêutica. Seguem-se as visitas domiciliárias, são programadas de acordo com a situação do doente e com critérios rigorosos, pois podem ocupar uma manhã completa dada a dispersão geográfica e a complexidade da consulta: monitorização de sintomas, ajuste de terapêutica, avaliação da família, tratamentos necessários, aconselhamento ao doente e/ou cuidador principal.

A consulta de psicologia é realizada não só ao doente como aos membros da família e estrutura de apoio. O contacto telefónico fixo e móvel está disponível no período de funcionamento da ESCP, no período entre as 15 horas e as 8 horas, uma das equipas do serviço Estremenho fica contactável via telefone para atendimento a profissionais de saúde.

Uma vez por semana, normalmente quando se encontram todos os elementos da equipa (os dois médicos, o enfermeiro, o psicólogo e a assistente social), tem lugar uma reunião para revisão dos casos e dos objetivos. São revistos e analisados todos os processos (ativos e passivos), são discutidos os casos mais complexos, as intervenções e as opções terapêuticas e definem-se estratégias de atuação. É também nestes dias, com a presença da equipa alargada que se programam as conferências familiares.

A ESCP de CR inicia a sua história com o Programa Marco de Cuidados Paliativos da Comunidade Autónoma da Estremadura que surgiu para dar resposta às estratégias delineadas no Plano de Saúde da Estremadura de 2001-2004 em seguimento às

recomendações do Plano Nacional de Cuidados Paliativos Espanhol¹. O programa é justificado pelas alterações demográficas e de morbilidade que conduzem a um aumento do número de doentes geriátricos e da prevalência de doenças crónicas e degenerativas. O progresso científico e os avanços na medicina resultaram num aumento da esperança de vida e cronicidade das doenças, aumentando também o número de doentes e famílias afetadas pelo sofrimento produzido por uma situação terminal. A Comunidade Autónoma da Estremadura apresenta padrões demográficos e de mortalidade idênticos ao resto do território Espanhol.

As doenças oncológicas representam a segunda causa de morte e à data era estimado que o número de pessoas em situação terminal na região da Estremadura se aproximaria a 2000-4000 casos por ano. O Programa Marco pretende garantir o direito legal e individual aos doentes em situação terminal a cuidados adequados, tem como objetivo geral melhorar a qualidade de vida dos doentes em situação terminal e das suas famílias, de forma racional, planificada e eficiente, garantindo CP segundo os princípios orientadores do Sistema Nacional de Saúde Espanhol. A população alvo do programa de CP é a pessoa em situação terminal (Programa Marco, 2002) com prognóstico de vida limitado (entendido habitualmente como inferior a seis meses) e a sua família, independente da patologia base mas sempre que apresente sofrimento. Poderão entrar no programa doentes oncológicos terminais e doentes com doença crónica avançada não oncológica, como: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), doenças respiratórias, cardiovasculares, hepáticas, neurológicas e insuficiência renal crónica. Os doentes necessitam de reunir critérios de inclusão para serem integrados no programa (já mencionados e descritos).

A ESCP de CR cobre uma área geográfica extensa, abrangendo cerca de 49.000 utentes, os dados recolhidos em 2002 revelavam que dos 251 falecidos no hospital 131 tinham como diagnóstico uma doença oncológica. A equipa rege-se pelos princípios traçados no Programa Marco (2002,p.37):

- 1) Garantir CP aos doentes em situação terminal, como direito legal, através das diferentes estruturas da rede assistencial, prestar assistência médica, psicológica e social independentemente do tipo de patologia;
- 2) Assegurar o direito ao doente à informação sobre o diagnóstico, prognóstico e plano de atuação, respeitando a autonomia;
- 3) Dar resposta às necessidades organizativas, assistenciais e formativas;
- 4) As respostas devem ser equitativas;
- 5) Estimular o trabalho em equipa multidisciplinar;
- 6) Estabelecer medidas de melhoria assistencial. Uma vez introduzidas as melhorias devem-se planear e adaptar recursos assistenciais específicos de acordo com as necessidades identificadas;
- 7) Os dispositivos assistenciais específicos devem ser considerados recursos de apoio, não só a nível assistencial, mas também a nível formativo, assessoria e coordenação entre os diferentes níveis de cuidados;
- 8) Desenvolver uma coordenação socio sanitária com a implementação dos recursos sociais necessários;
- 9) Estabelecer normas de qualidade baseadas nas funções e competências de cada um dos níveis assistenciais;

¹ Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PlanNacional.pdf>

- 10) Fomentar a formação como uma das estratégias mais importantes para o desenvolvimento de uma rede de CP de qualidade;
- 11) O financiamento deve ser exclusivamente público, no entanto podem-se estabelecer acordos com outras organizações.

2.3 - Níveis e Modelos de prestação de cuidados

Os progressos tecnológicos e científicos contribuíram para o desenvolvimento de novas formas de diagnóstico e tratamento cada vez mais eficazes, deram origem ao aumento da longevidade e consequentemente ao aumento do número de pessoas com doença crónica evolutiva e grave. Morre-se cada vez mais tarde, mas também com necessidades acrescidas de cuidados de saúde. Para Gonçalves (2013) a medicina que tanto prosperou em vários domínios teve um período de esquecimento para estes doentes que continuam a precisar de cuidados médicos, acrescentando que será até mesmo nesta altura que mais deles necessitam. Como sabemos, na fase avançada e terminal o doente vivencia uma multiplicidade de problemas, todas as dimensões da pessoa estão afetadas pela doença e proximidade da morte o que se traduz num conjunto de necessidades complexas. As necessidades exigem o desenvolvimento de uma lógica de cuidados que vise preservar a dignidade da pessoa e garantir-lhe o máximo de bem-estar (Pereira, 2010).

Esta preocupação acompanha a história dos CP, o movimento moderno dos CP inicia-se com o chamado movimento dos *hospice's*, mais precisamente em 1967 com a fundação do *St. Christopher's Hospice* em Londres pela mão de Cicely Saunders. Em 1975, Balfour Mount fundou o *Palliative Care Service* no Royal Victoria Hospital de Montreal, introduzindo o termo CP para cuidados aos doentes incuráveis. Este movimento, rapidamente se disseminou por outros países a nível mundial. Mais tarde, em 1990, a OMS reconheceu a importância dos CP e considerou o tratamento da dor e de outros sintomas como uma das suas prioridades na luta contra o cancro. Os conceitos foram evoluindo, os seus benefícios são conhecidos e a sua utilização foi alargada a doentes com patologias que embora curáveis possam originar grande sofrimento.

Hoje, os CP são reconhecidos como um direito e constituem uma resposta organizada dos sistemas de saúde à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente doentes na fase final de vida (ANCP,2006). Para que esta resposta exista tem que haver a criação de uma rede alargada e integrada de serviços. Não existe um modelo único e ideal de prestação de CP, devendo este ser determinado com base nas necessidades e recursos locais. No entanto é necessária a existência de serviços de referência, com equipas com formação avançada dedicadas especificamente a esta atividade.

Capelas e Neto (2006) ilustram cinco modelos: Modelo de obstinação terapêutica, Modelo do abandono, Modelo separado e Modelo cooperativo com intervenção nas crises. Segundo os mesmos autores, o modelo que se preconiza mais adequado e para o qual os modelos de intervenção específica devem evoluir será o que agrega uma permanente colaboração e articulação, com acesso permanente a ambos os tipos de intervenções, a curativa e a paliativa, logo desde o começo do processo da doença. Concluimos que o modelo de intervenção mais adequado é sem dúvida o modelo cooperativo com intervenção nas crises:

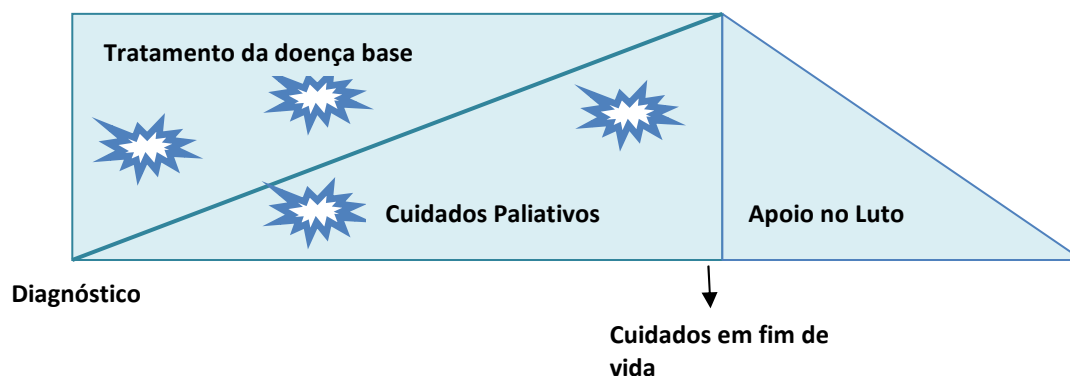


Figura 1. Modelo cooperativo com intervenção nas crises: Gómez-Batiste (2005), adaptado de Capelas e Neto (2006). Manual de Cuidados Paliativos

Na ESCP de CR podemos observar o recurso a este modelo e a sua eficiência. Temos como exemplo disso, o “ficheiro dos passivos” e as interconsultas. A filosofia instituída na equipa, no serviço e no hospital, permite a possibilidade dos doentes serem acompanhados pela equipa a par de outros serviços; recebendo intervenções paliativas e curativas simultaneamente.

Os CP podem ser organizados em diferentes níveis de complexidade. No PNCP (2004) estão descritos três níveis de diferenciação na prestação de cuidados:

Nível I:

- São prestados por equipas multidisciplinares, com formação diferenciada em CP, que podem prestar diretamente os cuidados ou exercer funções de apoio técnico a outras equipas;
- Estruturam-se habitualmente como equipas intra-hospitalares ou domiciliárias de suporte em CP;
- Podem ser prestados a doentes internados, ambulatorios ou domicílio;
- Podem ser limitados à função de aconselhamento diferenciado.

Nível II:

- São prestados em unidades de internamento ou no domicílio, requerem equipas diferenciadas e garantem disponibilidade de apoio as 24 horas;
- As equipas são multidisciplinares com formação diferenciada em CP, são constituídas por médicos, enfermeiros e outros técnicos imprescindíveis à prestação de um apoio global designadamente na área social, psicológica e espiritual.

Nível III:

- Reúnem as condições e capacidades próprias dos CP de Nível II acrescidas das seguintes características:
 - ✓ Desenvolvem programas estruturados e regulares de formação diferenciada ou avançada em CP;
 - ✓ Desenvolvem atividade regular de investigação em CP;

- ✓ Possuem equipas multidisciplinares alargadas com experiência e diferenciação que lhes permite responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de CP, assumindo-se como unidades de referência.

A “*Equipo de Soporte en Cuidados Paliativos del Área de Salud de CR*” em relação ao nível de diferenciação dos cuidados prestados, penso que atinge o nível II cumpre os requisitos do nível I, realiza as atividades mencionadas no nível II mas não garante a globalidade dos requisitos do nível III, designadamente a inexistência de uma equipa multidisciplinar alargada.

3 - Reflexão Crítica da Prática Clínica

Refletir sobre a prática clínica implica analisar os objetivos e as competências adquiridas durante a sua realização. O ciclo de estudos está orientado no sentido de formação especializada de elevado nível científico, propondo objetivos gerais e aquisição de competências como referido na Adenda ao regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do IPCB e que passo a enunciar.

Objetivos específicos:

- Integrar a equipa de saúde;
- Conhecer o serviço, protocolos, dinâmicas e tarefas específicas;
- Prestar cuidados ao doente e família em contexto comunitário;
- Desenvolver competências, habilidades técnicas e relacionais de acordo com os valores e princípios dos cuidados paliativos;
- Prevenir o sofrimento do doente e família, promovendo o alívio dos sintomas;
- Assistir e participar em conferências familiares;
- Melhorar as técnicas de comunicação eficaz;
- Tentar estabelecer uma boa relação terapêutica com o doente e família;
- Avaliar as necessidades do doente e família com recurso a instrumentos standardizados;
- Avaliar e tratar os sintomas tendo em conta as múltiplas dimensões do doente (física, psicológica, social e espiritual);
- Aplicar os princípios legais e éticos no contexto de CP e do cuidar;
- Acompanhar o doente e família em todo o processo da doença;
- Avaliar a condição sociofamiliar e traçar um plano para as necessidades encontradas;
- Identificar o cuidador principal e atender às suas necessidades;
- Aperfeiçoar as técnicas específicas, nomeadamente hipodermóclise e utilização da via subcutânea para hidratação e terapêutica;
- Obter treino adequado para exercer de forma adequada, concreta e criteriosa;
- Promover o conforto físico durante o processo da doença;
- Identificar e atender às necessidades espirituais do doente;
- Ajudar os doentes terminais a viver tão ativamente quanto possível até à sua morte;

- Prestar cuidados ao doente e família nos últimos dias e horas de vida, garantindo apoio, qualidade e dignidade até ao fim;
- Assistir e apoiar a família no processo de luto.

Competências adquiridas em Cuidados Paliativos

- Integra os princípios e a filosofia dos Cuidados Paliativos (CP) na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde;
- Analisa valores e crenças pessoais em diferentes contextos de CP;
- Avalia e alivia a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica;
- Atua como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade;
- Avalia e controla necessidades psicossociais e espirituais dos pacientes e família;
- Analisa em profundidade e atua como consultor em aspetos éticos, legais e culturais inerentes aos CP;
- Comunica de forma terapêutica com paciente, familiares e equipa de saúde;
- Implementa programas de luto para pacientes e familiares;
- Implementa, avalia e monitoriza planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da equipa de CP;
- Promove programas de formação em CP para diferentes profissionais de saúde;
- Estrutura e implementa programas em CP;
- Avalia a qualidade dos serviços e programas implementados.

A prática de cuidados paliativos requer por parte do profissional conhecimentos teóricos, rigor científico, ajustamento pessoal e a detenção de capacidades técnicas conformes. Pretende-se que a prática clínica permita a aquisição e aperfeiçoamento de competências em CP no doente com doença grave, incurável e progressiva. Os CP assentam em quatro pilares fundamentais: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa, que devem ser encarados numa perspetiva de igual importância por não ser possível praticar CP de qualidade se algum deles for subestimado (Neto,2006).

3.1 - Controlo de sintomas

As pessoas com doença grave, incurável e progressiva, principalmente em fase avançada e terminal, apresentam uma pluralidade de problemas, de origem física, psicológica, emocional e espiritual. Todas as dimensões da pessoa estão afetadas, o objetivo é prestar cuidados adequados às necessidades do doente, promover o conforto e bem-estar e preservar a dignidade da pessoa até ao fim.

Neto (2006) apresenta em síntese os princípios do controlo sintomático:

- Avaliar e monitorizar corretamente os sintomas;
- Utilizar uma estratégia terapêutica mista;
- Adequar a via de administração;
- Antecipar as medidas terapêuticas;
- Estabelecer planos com o doente e família;

- Fornecer explicações sobre a situação;
- Reavaliar periodicamente;
- Dar atenção aos detalhes;
- Estar disponível.

No doente com doença crónica e avançada é comum a existência de mais que um sintoma, os doentes e famílias distinguem cuidados de qualidade quando para além de outros fatores existe um controlo adequado da dor e outros sintomas. O controlo da dor sobrepõe-se a todos os outros (comunicação com o médico, preparação para a morte, procura de um sentido e não ser um fardo). Segundo MacDonald (n.d.) referenciado por Neto (2006) o controlo inadequado dos sintomas ao longo do curso da doença, para além de produzir sofrimento, reduz a qualidade de vida e a quantidade da mesma.

O alívio de sintomas é um dos objetivos básicos dos CP, o seu êxito depende da identificação precoce dos mesmos pelos membros da equipa, Pereira (2010) considera o enfermeiro, o elemento com maior responsabilidade na realização desta tarefa, pela posição que ocupa na equipa, proximidade e intimidade com a pessoa doente, a permanência mais prolongada no serviço e o acompanhamento mais continuado. Atribuindo ao enfermeiro a avaliação dos sintomas, implementação de intervenções para a sua resolução e comunicação aos restantes profissionais da equipa. A qualidade dos cuidados reflete-se portanto no controlo sintomático e por correlação no conforto e qualidade de vida do doente.

Os sintomas apresentados dependem de vários fatores: da patologia de base, dos tratamentos efetuados e da fase da doença, os mais comuns são a dor, náuseas e vómitos, oclusão intestinal, tosse, dispneia, ansiedade, depressão, *delirium*, disfagia, soluços, prurido, astenia, anorexia/caquexia e afeções da mucosa oral. Durante a prática clínica os sintomas mais apresentados pelos doentes foram as náuseas e vómitos, dispneia, anorexia/caquexia e dor. Passo a descrever as atuações e tratamento para cada um destes sintomas, referido ainda a obstipação por ser um problema muito frequente em C.P. Para a dor descrevo um caso clínico, evidencio este sintoma por o considerar de grande complexidade e estar tão associado ao sofrimento.

- **NÁUSEAS E VÓMITOS**

A fisiopatologia das náuseas e vómitos é complexa, Gonçalves (2013, p.113) descreve-a da seguinte forma: “As náuseas e os vómitos são controlados pelo centro do vómito localizado na formação reticular. (...) O centro do vómito recebe estímulos do córtex, do diencéfalo e do sistema límbico. (...) Os receptores opióides (MU₂) são anti-emetogénicos nesta localização, enquanto que os receptores para a dopamina (D₂), serotonina (5-HT₂), acetilcolina (ACH_r), histamínicos (H₁) e ácido gama-aminobutírico (GABA) são emetogénicos. A «chemoreceptor trigger zone» (CTZ) localizada na área postrema no pavimento do quarto ventrículo não tem barreira hemato-encefálica. (...) Há uma ligação directa entre o centro do vómito e a CTZ”. A estimulação do centro do vómito faz-se através das vias aferentes, funcionando como os principais detetores da necessidade de vomitar. A etiologia das náuseas e vómitos pode ser única mas também pode ter origem noutras causas como psicológicas, gastrointestinais, do sistema nervoso central, alterações metabólicas e ainda induzidas por fármacos (AINE, digoxina, antibióticos, citostáticos e opióides). O tratamento farmacológico deve obedecer á escolha do antiemético de acordo com o mecanismo etiopatogénico, cerca de 1/3 dos doentes

com náuseas e vômitos necessita de mais que um antiemético para se conseguir um controlo adequado (Querido e Bernardo, 2006). As mesmas autoras referem como medidas gerais: manter um ambiente agradável e evitar odores de alimentos; garantir tranquilidade na hora das refeições; fazer pequenas refeições com boa apresentação e ao gosto do doente; reduzir a quantidade de alimentos e o tamanho do prato; optar por refeições simples, pobres em gordura, preparações frias e pouco condimentadas; ingerir líquidos em quantidade adequada dando preferência a bebidas insípidas e no caso de intolerância oral escolher a via subcutânea para hidratação; tentar alimentos secos ou de fácil digestão e manter uma boa higiene oral.

- **DISPNEIA**

A dispneia é definida como a sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória, pode associar-se a três tipos principais de anormalidade: aumento do esforço respiratório para vencer uma certa carga, aumento da proporção dos músculos respiratórios necessários para manter um funcionamento normal e aumento das necessidades ventilatórias (Gonçalves, 2013). É um sintoma angustiante, perturbador e com grande peso emocional para doente e família, as suas causas podem ser múltiplas como apresentado no quadro que se segue.

Efeito direto do cancro (por invasão local ou disseminação metastática)	Obstrução das vias aéreas Invasão do parênquima pulmonar Linfangite carcinomatosa Derrame pleural Síndrome da veia cava superior Derrame pericárdico
Efeito do tratamento	Cirurgia (pneumectomia, lobectomia) Radioterapia (lesões fibrosantes pulmonares) Quimioterapia (fármacos com potencialidades fibrosantes do parênquima pulmonar)
Outras causas (que não o tumor)	Caquexia Anemia Insuficiência cardíaca Infeção respiratória Acidose metabólica Pneumotórax Ansiedade

Quadro 1. Causa da dispneia em doentes com cancro. Adaptado de Azevedo, 2006, p.179, Manual de Cuidados Paliativos

O tratamento sempre que possível deve ser dirigido à causa da dispneia, o tratamento farmacológico recai sobre o uso de opióides, sendo que o mais utilizado é a morfina, recomenda-se uma dose inicial de 5 mg por via oral de 4/4 horas, se o doente já tomava morfina para o controlo da dor, a dose deve ser aumentada em 25 a 50%, a via recomendada é a oral ou via subcutânea. As benzodiazepinas também são utilizadas no tratamento da dispneia em contexto de CP, a sua ação deve-se possivelmente à redução da ansiedade associada a este sintoma. São utilizados o diazepam, o lorazepam e o midazolam; o midazolam tem uma ação rápida e breve pelo que num episódio de dispneia grave aguda e sem dor é bastante recomendado. Gonçalves (2013) no tratamento da dispneia refere a combinação de opióides e benzodiazepinas, pois segundo ele, um estudo revelou que a combinação da morfina com midazolam é mais eficaz do que o uso isolado de qualquer um dos fármacos. Para Azedo (2006) as medidas gerais não farmacológicas devem ser implementadas para assegurar o bem-estar do doente e são tão importantes como as farmacológicas. Estas medidas englobam um conjunto de medidas gerais como colocar o doente numa divisão ampla, arejada, fresca e com boa ventilação; disponibilizar alguém que ajude o doente nas tarefas da vida diária; incentivar o doente a fazer períodos de descanso entre cada tarefa; evitar usar roupas muito apertadas, quentes ou desconfortáveis. Ensinar técnicas de cinesiterapia; aplicar terapias complementares (musicoterapia, acupuntura, técnicas de relaxamento) e permitir ao doente e família expressar sentimentos, dando respostas tranquilizadoras mas honestas.

- **ANOREXIA E CAQUEXIA**

A síndrome anorexia caquexia é caracterizada por um estado severo de má nutrição devido a uma diminuição da ingestão de alimentos, alterações metabólicas e hormonais resultantes da resposta do organismo ao tumor (Gonçalves, Rosado e Custódio, 2006), tem como manifestações clínicas a perda acentuada de peso, anorexia e astenia, As causas para a anorexia estão ligadas ao cancro (efeitos locais do tumor, alterações do paladar, aversão à comida), à terapêutica (citostáticos, fármacos que provoquem obstipação, alterações do paladar provocadas por determinados fármacos) e alterações metabólicas (alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras, proteínas). O objetivo do tratamento é a melhoria da qualidade de vida porque a sua influência na sobrevivência é reduzida. O tratamento farmacológico pode ser instituído se a sobrevivência for razoável, para melhorar o bem-estar do doente e diminuir a sua preocupação e a da família, mas de uma forma geral tem pouco sucesso, por isso a ação dos profissionais de saúde da equipa de CP deve-se centrar no aconselhamento e apoio aos doentes e familiares, explicar o sintoma e as medidas de adaptação à situação a fim de diminuir a ansiedade dos mesmos. Deve ser explicado à família que pelo facto do doente não comer, não vai precipitar a morte e que não é razoável fazer opções ou utilizar técnicas que conduzam a sofrimento acrescido. Como medidas gerais pode-se tentar aumentar a ingestão calórica sem aumentar a quantidade de alimentos, servir refeições pequenas, frequentes e do agrado do doente, flexibilizar horários aproveitando os momentos em que o doente tem vontade de comer, não fazer restrições na escolha dos alimentos, evitar cheiros intensos de comida. A nutrição oral é a recomendada, raramente se opta por outra forma de alimentação, numa fase avançada a ingestão oral será quase inexistente, os cuidados à boca são imprescindíveis e devem ser mantidos, oferecer pequenos pedaços de gelo (de sumo, chá) ou bebidas frias pode ser o suficiente. A comunicação adequada e apoio à família são igualmente importantes.

- **OBSTIPAÇÃO**

A obstipação é considerada um problema comum em C.P., existem várias definições de obstipação, os elementos utilizados na sua definição são os sintomas, a forma e a consistência das fezes, o número de defeções por semana, evacuação incompleta e a opinião dos doentes (Gonçalves, 2013). Pacheco, Matos e Madureira (2006) recorrendo aos Critérios de Roma II, dizem-nos que se pode considerar um doente obstipado aquele que não tomando laxativos refere pelo menos dois dos seguintes sintomas num período de doze semanas nos últimos doze meses:

- Menos de três defeções por semana;
- Fezes duras em mais de 25% das defeções;
- Sensação de esvaziamento incompleto em mais de 25% das defeções;
- A necessidade de manipulação digital para facilitar a evacuação.

A obstipação em doentes paliativos pode ser causada pelo tumor, pelos fármacos ou ainda doenças coexistentes (Gonçalves, 2013). Pelos fármacos destacam-se os opióides por estarem quase sempre presentes no plano farmacológico do doente, os opióides provocam obstipação por suprimirem o peristaltismo para a frente e elevando a tonicidade esfínteriana, tanto a nível do intestino delgado como do cólon, quando este efeito é muito intenso, pode originar a síndrome intestinal dos narcóticos. É necessário uma avaliação exaustiva do doente com obstipação, é necessário distingui-la de oclusão intestinal. Deverá fazer-se um questionário ao doente sobre a frequência e características das fezes, se a defecação requer esforço, se é dolorosa, se existe a sensação de defecação incompleta e também saber qual a importância que o doente atribui ao funcionamento intestinal, se necessita de ajuda para se deslocar ao quarto de banho e se tem a privacidade desejada. O exame físico engloba a palpação abdominal e o toque retal. Para o tratamento farmacológico da obstipação recorre-se a laxantes que se definem pelo seu mecanismo de ação em amolecedores ou emolientes, osmóticos, expansores de volume e laxantes de contacto ou estimulantes. O objetivo do tratamento com laxantes é a defecação cómoda, tal como para a dor, as doses são determinadas pelo efeito e devem ser dadas regularmente (Gonçalves, 2013). As manobras mecânicas só devem ser praticadas se existir impactação fecal ao nível do reto e cólon distal e após a tentativa de solução com laxantes. A obstipação causa desconforto no doente e muitas vezes dor o que afeta e compromete a sua qualidade de vida, as intervenções devem ser aplicadas o mais precocemente possível para aumentar as probabilidades de não se instalar um quadro de obstipação/ oclusão (Pacheco, Matos e Madureira, 2006). Também Gonçalves (2013) aconselha a adoção de medidas preventivas, como estimular os doentes a tentarem defecar trinta minutos após as refeições, manter uma ingestão adequada de líquidos, aumentar o conteúdo de fibras na dieta, criar um ambiente favorável com privacidade e antecipar os efeitos obstipantes dos fármacos com o uso de laxantes, por isso quando se inicia um tratamento com opióides se deve proceder a uma prescrição sistemática de laxantes.

- **DOR**

Durante a prática clínica foi possível assistir às intervenções da equipa no controlo de vários sintomas. No entanto a dor surge como o sintoma mais prevalente e o que requer mais atenção e intervenção por parte da equipa. Passo a descrever o caso clínico que mais se

adequa para ilustrar a atuação da equipa neste sintoma. Os casos clínicos são relatados com base no modelo utilizado no serviço para registo da história clínica.

Caso clínico

O Sr.º E, de 69 anos chegou ao serviço com a seguinte história clínica: neoplasia do estômago na região do cárdia diagnosticada em fevereiro de 2012, submetido a jejunostomia no mês seguinte e tratamentos de quimioterapia durante sete meses. Tem como antecedentes HTA, DM, D. Parkinson desde os 57 anos e cardiopatia isquémica. Tem como tratamento farmacológico² habitual: metformina 20 oral, prevastatina 20 oral, rosagilina oral, carbidopa/levodopa 25/250 oral, furosemida 10 oral, omeprazol 20 oral, clonazepam 2 oral, lactulose oral e morfina 20 oral. *Effentora*³ 600 para dor irruptiva.

A sua principal cuidadora é a esposa, mas tem apoio dos cinco filhos e respetivas noras somando-se a ajuda de apoio domiciliário de três horas por dia; economicamente a sua situação é muito confortável. Habitam todos no mesmo condomínio, é uma família grande que demonstram muito afeto pelo Sr.º E.

Este caso é seguido pela equipa desde o início do ano de 2014 e pude verificar no processo que para além de outros sintomas, como a sialorreia e obstipação, a dor irruptiva presente no doente representava a maioria das intervenções da equipa. Não vou descrever as atuações anteriores, mas sim a partir do primeiro contacto com o doente aquando a minha chegada ao serviço.

Dia 8 de maio: visita domiciliária motivada pela persistência de dor irruptiva, 7 a 8 tomas de *Effentora* 600/dia sem efeito na dor. A dor é localizada na região abdominal e retro esternal. Como o doente não mantém a capacidade da fala é com a esposa que a equipa conversa, após algumas questões conclui-se que a sialorreia será o principal motivo de uma má absorção do medicamento, outro problema detetado foi a obstipação. O médico decide o plano terapêutico: mantém medicação habitual, em relação aos problemas detetados insiste na necessidade de tomar o laxante, 2 tomas ou de acordo com o ritmo intestinal. Prescrita Butilescopolamina 2x/dia por via subcutânea. Em relação à medicação para a dor:

Dor visceral abdominal		EN	Plano anterior	Plano atual
	Dor basal	3	Zomorph ⁴ 30 V.O: 6-0-6	Zomorph 30 V.O: 8-0-8
Dor irruptiva	8	Effentora 600 se dor e em qualquer momento	Breakyl 600 se dor e em qualquer momento	

Quadro 2. Plano farmacológico para a dor do doente

No dia 14 de maio, é feito contacto telefónico com o médico de família que informa que o doente está estável e com aceitável controlo de sintomas. No dia 22 de maio o doente vem à consulta por problemas frequentes com SNG, necessidade de várias substituições, sensação de plenitude gástrica e refluxo; realizou Rx que mostrou sonda no fundo gástrico, extraída parte da sonda, marcada a 57 cm. Todos os procedimentos foram relatados ao médico de família por telefone. No dia 26 de maio o enfermeiro faz contacto telefónico com a

² Genéricos

³ Comprimido bucal de Fentanilo, aplicado na gengiva.

⁴ Morfina oral, cápsula de libertação prolongada, comercializado em Portugal sob o nome de Oramorph e Sevredol.

esposa que diz que o doente tem estado bem, sonda nasogástrica funcionante. Sem alterações importantes. Dia 6 de junho após contacto com a família a equipa volta ao domicílio. Doente com melhor estado geral e controlo sintomático, exceto episódios frequentes de dor irruptiva que cede parcialmente com resgates, precisando 5 a 8 resgates por dia. As avaliações da dor utilizando a escala numérica mostram 0 para dor basal mas mantem 8 para dor irruptiva. O plano traçado é novamente em relação à dor irruptiva, decidem o aumento da analgesia.

Plano anterior	Plano atual
Zomorph 30 V.O 8-0-8	Zomorph 60 V.O 4-0-4
Breakyl 600	Breakyl 600
	Effentora 800

Quadro 3. Plano farmacológico para a dor do doente (2ª alteração)

Contacto telefónico dia 10 de junho, melhorado, com um bom nível de controlo da dor, segundo a esposa sem necessidade dos oito resgates diários, havendo uma redução para três resgates por dia.

Reflexão/análise

De entre os sintomas que o doente pode apresentar durante o percurso da doença, a dor é a que mais se destaca pelo sofrimento a que está associada. As estratégias essenciais no alívio e controlo da dor dependem da sua correta avaliação e de um regime analgésico adequado a cada doente, o plano para cada doente deve estar em constante avaliação para que seja possível adequar todas as medidas de acordo com as necessidades que o doente possa apresentar. No processo do doente deverá constar a avaliação sistemática da intensidade da dor (uso de escalas), a terapêutica instituída (segundo as recomendações da OMS) e a reavaliação (segundo as normas existentes).

A equipa monitoriza a dor e os outros sintomas em escalas para o efeito, nomeadamente a Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), a equipa adicionou três sintomas frequentes que a escala não contempla: obstipação, disfagia e xerostomia. Registam as pontuações que resultam da aplicação das escalas: Palliative Prognostic Score (PaP Score) que considera sintomas como a dispneia e anorexia, o índice de Karnofsky, a estimativa clínica de sobrevivência (em semanas), os parâmetros hematológicos (contagem de leucócitos e percentagem de linfócitos); faz também o registo da avaliação da dor (basal e irruptiva) mediante o uso de escalas da dor (normalmente é utilizada a escala numérica ou a escala visual analógica), todos estes resultados são colocados no processo do doente. Para controlo da dor, como nos diz Gonçalves (2013) é necessário recorrer a tratamento farmacológico, que habitualmente é suficiente, por norma apenas cerca de 10% a 20% dos doentes não obtém o controlo deste sintoma com os tratamentos convencionais. Podemos verificar que as medidas farmacológicas são as recomendadas pela European Association for Palliative Care (2012), tem associado doses de resgates de opióides de libertação imediata (*breakyl*⁵ e *effentora*). O aumento das doses está de acordo com as necessidades do doente, ajustadas à intensidade da dor referida, assim como as formas de administração, no segundo quadro podemos observar a reintrodução de *effentora*, uma vez que apresenta controlo da sialorreia.

⁵ Película bucal de aplicação na mucosa oral, comercializado em Portugal com o mesmo nome.

No entanto, podemos assinalar que a necessidade anterior de oito resgates por dia pode refletir um mau controlo da dor, com a consequência de que quanto mais elevada a incidência de dor irruptiva mais difícil é obter um controlo eficaz da dor. A estratégia terapêutica para a dor irruptiva inicia-se por um aumento gradual da dose do opióide prescrito ou diminuir o intervalo entre as doses para despiste de dor intensa por final de dose (Simões, 2011). O opióide para o tratamento da dor irruptiva deve ser rápida absorção ao nível da mucosa oral, o *Breakyl* 600 foi uma adequada opção da equipa, proporciona uma analgesia eficaz (combina as vantagens da fisiologia da mucosa oral com as características físico-químicas do citrato de Fentanilo) e pode ser administrado pela família ou próprio doente permitindo ao doente controlar a sua própria analgesia. As indicações para quando se verifica um número tão elevado de resgates é que se reavalie o opióide de ação prolongada prescrito para a dor basal, a equipa também podia investir numa avaliação mais minuciosa para recolha de informação relativa à topologia, duração, intensidade, fatores de exacerbação, fatores de alívio, assim como um ensino sobre a toma adequada como por exemplo tomar o opióide prescrito para a dor irruptiva imediatamente após o início da dor. Gonçalves (2013) de acordo com a escada analgésica da OMS, recomenda a utilização de analgésicos adjuvantes para a dor de difícil controlo, estes fármacos não sendo utilizados primariamente para o tratamento da dor têm propriedades analgésicas independentes ou ativas.

Para Pereira (2006) o manuseio de opióides requer familiaridade com o uso de tabelas de doses equianalgésicas. A equipa tem uma variedade ampla de opióides ao seu dispor, condição sugerida por Pereira (2006, p.95): “*Existe um reconhecimento crescente de ter acesso a uma variedade de opióides, de vias de administração e de formulações disponíveis, se se pretender alcançar um controlo adequado da dor oncológica*”. Existe um stock no serviço para que possam introduzi-los no esquema terapêutico de imediato, dando continuidade com prescrição médica. Os mais utilizados são a morfina (a via de eleição é a oral, quando inexistente passa a ser a subcutânea) e Fentanilo. Na dor crónica é também utilizado o Fentanilo transdérmico quando o doente não adere à terapêutica por via oral. Na dor irruptiva a escolha recai no Fentanilo de ação imediata nas formas de transmucoso: *Effentora* e *Breakyl*, e nasal com utilização de *Pecfent*⁶. A equipa apresenta um grande treino no manejo de opióides pela formação que têm e pela experiência e prática. Praticamente todos os dias se faziam ajustes nas doses e por inerência rotação de opióides.

3.2 - Comunicação adequada

O Sr. J tem 70 anos, está internado na medicina interna por oligoanúria, tendo como diagnósticos: hepatocarcinoma, cirrose, VHC positivo estadio c, transplante não indicado. Os cuidadores principais são a esposa e a filha. O doente está consciente, apresenta mau estado geral, valores analíticos alterados e ascite. A visita da equipa é realizada no serviço onde se encontra internado. O Sr.^o J. encontra-se prostrado, nas notas de enfermagem está registado períodos de hipertermia e agitação noturna. É decidido realizar paracentese evacuadora, drena conteúdo hemático. São pedidas novas provas analíticas.

A filha do doente sai do quarto para falar com o médico, está preocupada com o estado de saúde do pai, está bem informada sobre a situação e tem conhecimento do diagnóstico, não tem esperança na melhoria do estado de saúde do pai. Mostra preocupação em relação ao

⁶ Fentanilo na forma de *spray* nasal.

filho, neto do doente, têm uma ligação afetiva muito próxima e o filho sofreu uma perda recente, a do seu próprio pai. Solicita ajuda do psicólogo para falar com o filho, embora não saiba se ele aceita. Faz referência ao seu irmão e às irmãs do pai que residem longe de CR e o querem visitar. Todas as suas inquietudes estão relacionadas com o prognóstico, tempo de vida e a forma como transmitir às pessoas que lhe são mais chegadas e queridas. Existe na filha uma pequena esperança de conseguir levar o pai para casa e preparar a família. Acrescenta que precisa de saber o que pode dizer ao pai e precisa de ajuda para o fazer. O médico diz-lhe que falará com ela quando receber o resultado das análises clínicas.

Voltamos ao serviço de medicina interna já com os resultados das análises. O doente, como habitual, tem a companhia da esposa e da filha. São uma família simpática, contam algumas histórias da juventude do Sr. J que o divertem. Após a visita, o médico pede à filha que o acompanhe, dirigimo-nos a uma pequena sala que existe no serviço. A filha é convidada a sentar-se, o médico senta-se ao seu lado e eu e a colega de estágio um pouco mais afastadas. A relação entre os dois é descontraída, é a filha que inicia a conversa, dizendo que quer saber a verdade, qual o tempo de vida do pai e a forma como se vai desencadear a situação. O médico fala calmamente, revela o resultado das análises e o seu significado. Pergunta-lhe o que ela pensa, como a filha diz saber que o pai está a chegar ao final da sua vida e que precisa de avisar as tias e o irmão, questiona sobre o tempo exato que resta ao pai. A resposta é que não se pode garantir uma data precisa, apenas que o tempo é escasso. Que os cuidados necessários ao pai serão garantidos pela equipa, o doente não refere dor mas tudo o que possa surgir será controlado e tratado, que ela não está sozinha, mesmo no momento de transmitir ao Sr.^o J. a sua atual situação. A filha emociona-se, chora, mantém algum silêncio. Mostra preocupação em dar a notícia à mãe e restante família, termina agradecendo o trabalho e apoio da equipa. Regressamos ao quarto, onde está o Sr.^o J e a esposa, o médico pergunta-lhe como se sente, O Sr.^o J. diz que bem, a sua queixa mais referida é a sonolência e a saudade da sua casa e da sua rotina diária (tratar da horta, estar com os amigos, ir ver os toiros). O médico fala-lhe do resultado das análises, da última paracentese efetuada. Pergunta-lhe o que ele pensa sobre isso, diz que sabe que está muito doente. O médico refere o fato positivo de ele não ter dores e de ser possível ir para o domicílio. Pergunta-lhe se quer fazer alguma pergunta responde que não. Mostra contentamento em ir para casa, mostra estar consciente da situação clínica, mas diz estar tranquilo. Todo o percurso deve ter ajudado para que fosse entendendo o seu problema de saúde, aparenta serenidade. O médico garantiu o acompanhamento da equipa após a alta hospitalar.

Reflexão/Análise

A comunicação é essencial em todas as áreas, mas em Cuidados Paliativos constitui-se como um pilar fundamental Twycross (2003). É uma ferramenta indispensável que muito acrescenta aos cuidados prestados e à relação entre equipa/doente/família. Na ESCP de CR, a comunicação é valorizada e utilizada eficazmente. A equipa conta já com alguns anos de experiência e está muito treinada, tudo flui naturalmente, de tal forma que parece simples!

Nesta caso descrito é a filha a primeira a receber a informação. É a cuidadora principal e revela ter uma ligação muito próxima com o pai. É necessário adotar estratégias comunicativas para transmitir a situação atual do pai e prognóstico. Segundo Baile *et al* (2000), a equipa deve procurar um local adequado, tranquilo e confortável para o doente (nesta caso a filha), assegurar a privacidade e mostrar disponibilidade. Foi esta orientação que o médico adotou, encaminhando a filha para a sala que existe no serviço, um espaço

resguardado e que garante privacidade. O ambiente criado foi de tranquilidade e alguma intimidade, o trato é informal o que aproxima os intervenientes, o cuidado de se sentar ao lado, o iniciar a conversa com a pergunta do que pensa, permitiu ao médico conhecer o nível de informação que ela tem da situação do pai, permitindo o desenrolar de uma conversa franca. O silêncio que manteve por momentos foi respeitado, assim como foi permitido expressar as suas emoções. Em relação ao Sr.º J, a privacidade que o quarto oferece em simultâneo com a presença da filha e da esposa garantiu o ambiente correto correspondendo ao primeiro passo do **Protocolo de Buckman** para **transmissão de más notícias**. Este modelo de comunicação é aconselhado por Querido, Salazar e Neto (2006) e dele fazem parte mais cinco passos, que foram seguidos pelo médico.

Protocolo de Buckman

1. Conseguir o ambiente correto
2. Descobrir o que o doente já sabe
3. Descobrir o que o doente quer saber
4. Partilhar informação
5. Responder às reações do doente
6. No fim: planear e acompanhar

Quadro 4. Protocolo de Buckman, adaptado de Querido, Salazar e Neto, 2006, p.373

A comunicação adequada é essencial, independentemente do âmbito dos cuidados a prestar, contudo assume uma importância particular no doente terminal. O diálogo, a atenção e o acompanhamento destes doentes são fundamentais, e deve-se estabelecer uma **relação de ajuda**, de forma a apoiá-los na fase final da vida e a vivê-la o mais serenamente possível até ao momento da morte. A relação de ajuda representa um cuidado efetivo, para Hennezel (2000) citada por Cerqueira (2005) a ajuda ao doente paliativo e seu cuidador é uma atitude técnica e o enfermeiro é um instrumento da relação e é através dele que se humanizam os cuidados. Rogers (1971) citado pela mesma autora define que relação de ajuda é uma forma de proceder numa relação interpessoal que procura libertar a capacidade da pessoa ajudada para que consiga viver mais plenamente comparativamente ao momento antes desse contacto. A relação de ajuda envolve, portanto, um processo relacional baseado numa comunicação eficaz, no respeito e autenticidade. Requer disponibilidade e treino por parte do profissional por envolver competências comunicacionais, mas são-lhe reconhecidos benefícios ao doente e família, como diminuição da angústia, da solidão e do *stress*, ajuda-os a colocar e resolver problemas, promove o apoio nos momentos difíceis e a integração do doente e família no plano de cuidados assegurando a sua continuidade. O doente deve sentir-se acompanhado, compreendido e apoiado nesta fase da sua vida (Twycross, 2003).

O contributo da comunicação é de tal forma relevante no processo de atendimento e de cuidar que para alguns autores, como Melo (2000) utilizando como fonte Salmou, dele dependem o consentimento informado, uma maior facilidade em lidar com a doença, o aumento da aceitação de procedimentos, o aumento da responsabilidade do doente, a preservação da dignidade, o respeito e a promoção dos sentimentos de segurança. Almeida e Silva (2004) atribuem à comunicação eficaz o alívio do sofrimento e ajuda para enfrentar melhor a doença.

3.3 - Apoio à família

A Sr.^a P de 68 anos é encaminhada pela oncologia a 22 de maio, sendo incluída no serviço a 26 de maio, o motivo da consulta foi dor não controlada. A doente foi diagnosticada e tratada por carcinoma da mama direita em abril de 2011, recebeu tratamento de quimioterapia e radioterapia adjuvante. Manteve seguimento por dor torácica que não cede ao tratamento habitual. Atualmente faz estudo com Tomografia Axial Computorizada (TAC) torácico com contraste a 5 de março de 2014 que revela massa esternal lateralizada à direita de 10 cm de diâmetro que se estende pela parede torácica até ao mediastino anterior com contacto com a raiz aórtica compatível com recidiva local da neoplasia anterior. Pendente de biópsia diagnóstica. Na consulta, dia 26 de maio, foi avaliada por dor óssea na zona esternal e nas duas grelhas costais, contínua de intensidade importante com episódios de dor irruptiva insuportável. A dor desaparece em decúbito ventral e torna-se insuportável na deambulação, não notou melhoria com Fentanilo transdérmico, necessita de 3 a 4 resgates de Sevedrol 20 parcialmente efetivos que lhe provocam alguma sonolência. No plano traçado o médico suspende o Fentanilo transdérmico, prescreve MST 60 (1-0-1), MST 30 (1-0-1), Sevedrol 20 antes das mobilizações, Pecfent 100 se dor e inicia tratamento com Zometa⁷. Presença de tristeza adaptativa, sugere-se apoio do psicólogo.

No dia 28 de maio o enfermeiro fala com a filha por telefone que diz que a mãe se encontra similar em relação ao último contacto, a dor esternal persiste ao levantar, efetua três resgates por dia. No dia 29 de maio volta à consulta, melhorada mas com sensação de atordoamento. É avaliada pelo psicólogo: tem toda a informação sobre o seu problema, mas com ligeira negação, ao explorar a ideia do futuro diz que ficará bem. Expressa medo pela dor. Refere alguma ansiedade e desânimo pelo que prefere dormir, a sua maior preocupação é o trabalho que dá às filhas. O marido também está doente, sente que são um peso para a família. A filha está presente e contraria a mãe. O psicólogo explora a relação familiar mas mãe e filha não são muito claras. Após ter terminado a consulta, a filha volta ao serviço, diz que precisa de falar sem a presença da mãe. Apresenta o seu dilema à equipa: toda a família está informada do diagnóstico da mãe e têm conhecimento do prognóstico, sentem-se apreensivos, as duas filhas têm crianças pequenas, sentem receio de que a mãe venha a falecer em casa. A maior preocupação é o sofrimento e a forma como lidar com ele, o que fazer para ajudar. E no caso do falecimento da mãe nas suas casas como explicar aos filhos pequenos, como lidar com a situação. Mostra vontade de trazer a mãe para o hospital caso a situação piore com o objetivo de que a mãe não morra em casa.

É o psicólogo que intervém e se oferece novamente para receber os elementos da família que revelem maior dificuldade em lidar com a situação. O médico propõe uma conferência familiar cujo objetivo será decidir sobre o que é melhor para a Sr.^a P, talvez o seu receio seja sentir-se um fardo para a família e que será importante clarificar o contrário, os cuidados e acompanhamento da família são importantes para as duas partes, a Sr.^a P parece necessitar dos seu apoio e para a família será mais benéfico pois terá o sentimento que tudo fez para minimizar o sofrimento da sua familiar. A filha mostra alguma resistência mas termina por considerar a proposta, vai colocar à consideração dos restantes familiares. É acrescentado pelo enfermeiro que a equipa presta cuidados no domicílio e existe uma rede de cuidados de saúde que podem ser utilizados assim como ajuda de alguém enviado pela assistente social.

⁷ Ácido Zoledrónico, pertence ao grupo dos bifosfonatos. Comercializado em Portugal com o nome de Aclasta.

Reflexão/análise

Hennezel (2000) referida por Cerqueira (2005) diz-nos que uma boa medicina paliativa deve adaptar-se ao paciente e às opiniões da família, trabalhando em equipa, de forma transparente para que seja possível tomar boas decisões, estas decisões devem ser centradas no doente e nas suas necessidades. A família deve ser envolvida na prestação dos cuidados, tendo muitas vezes até ser ela própria objeto de cuidados, tem um papel essencial no apoio aos doentes terminais e sofre também com o impacto da doença, mas o doente tem sempre prioridade, pois segundo Neto (2006) os interesses da família podem não ser coincidentes com os do doente. A **conferência familiar** proposta pela equipa é um momento decisivo para a tomada de decisões. É a oportunidade de conhecer a família, os seus sentimentos e simultaneamente os da doente. O objetivo é que equipa, doente e família consigam estabelecer um plano de cuidados personalizados capaz de responder às necessidades da Sr.^a P., reduzindo-lhe as incertezas e o sofrimento.

A conferência familiar permite aos familiares e à equipa de saúde, em conjunto, elaborar e hierarquizar problemas, discutir as diferentes opções de resolução das situações e sincronizar consensos, decisões e planos. O apoio aos familiares permite promover o ajuste pessoal de cada situação, aumentar a capacidade de cuidar e possibilita uma adaptação normal à perda (Guarda, Galvão e Gonçalves, 2006). Para Neto (2003) a conferência familiar permite o êxito das intervenções terapêuticas, beneficia o doente, a equipa de saúde e a família. E que é através da conferência familiar que conseguimos benefícios fundamentais no cuidado ao doente, o envolvimento da família nas tomadas de decisão, melhoria da comunicação, identificação de necessidades que envolvam o doente e família, e o apoio emocional durante a doença e no processo da possibilidade real da perda. A conferência familiar deve ser marcada atempadamente e planeada pela equipa de saúde, Neto (2003) apresenta uma *check-list* para uma conferência familiar que sintetiza as etapas da conferência familiar, útil para o planeamento da mesma.

Pré-conferência	<ol style="list-style-type: none"> 1. Decidir quais os elementos da equipa e família a estarem presentes. 2. Clarificar e consensualizar objetivos. 3. Decidir a finalidade da reunião.
Introdução	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação dos membros da equipa presentes. 2. Rever objetivos da reunião com o doente e família.
Informação médica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rever história da doença. 2. Avaliar cautelosamente expectativas realistas. 3. Questionar doente e família sobre possíveis dúvidas.
Plano de atuação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar lista de problemas e hierarquiza-los. 2. Decidir conjuntamente opções de resolução. 3. Assegurar o contributo dos diferentes elementos da equipa. 4. Procurar estabelecer consensos de abordagem dos problemas. 5. Assegurar que doente e família têm noção dos recursos de suporte disponíveis.
Términos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sumarizar consensos, decisões e planos. 2. Identificar e nomear o representante da família para comunicação futura (envolver doente). 3. Fornecer documentação escrita se necessário (contratos).

Quadro 5. *Check-list* de uma conferência familiar, adaptado de Neto (2003). Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, vol.19,nº1, p. 74

Resumindo, a equipa de saúde juntamente com a família constituem o apoio fundamental ao doente, o trabalho conjunto possibilita uma intervenção personalizada. Mas não nos podemos esquecer que em CP doente e família são uma unidade a cuidar, a equipa deve estar atenta às necessidades da família durante todo o processo da doença. A família, tal como o doente passam por várias fases e necessitam adaptar-se às alterações provocadas pela doença.

Em cuidados paliativos, uma das áreas importantes é também o **apoio no luto**, o acompanhamento das famílias no processo de luto; a família assume um papel de destaque, para além do doente, os cuidados estendem-se à família, que deverá ser apoiada para além da morte do doente, no seu período de luto. Segundo Guarda, Galvão e Gonçalves (2006) uma das funções da equipa de cuidados paliativos é a de, ao assegurar a monitorização de todo o processo nomeadamente nas intervenções de seguimento, detetar, em fases o mais precoces possíveis, situações de luto complicado ou psicopatológico e fazer o seu correto encaminhamento.

É fundamental conhecer a família, tê-la envolvido nos cuidados, deter uma relação de confiança mútua (equipa/família), conhecer as fases e o processo de luto. Pois será nossa função enquanto equipa de cuidados paliativos, investir não só no doente como também na família do mesmo. Cuidar do doente e família, garantir o acompanhamento durante a doença e permanecer ao lado da família após a morte; tornando-se o luto uma área importante de intervenção da equipa de cuidados paliativos como nos indica Barbosa (2006).

As necessidades da família serão distintas nas diferentes fases do processo de luto, como nos diz Kubler-Ross em Sobre a morte e o morrer (1996:p.173) "... variam desde o princípio da doença, e continuarão de formas diversas até muito tempo depois da morte". Por isso o apoio à família remete-nos sempre para o momento da perda, mantém-se um período de necessidades e continuidade de acompanhamento particularmente no luto. O processo de luto é necessário, tem como função a adaptação, permitindo que o indivíduo enlutado restabeleça o equilíbrio desmontado depois da perda; de acordo com Worden (2002), o familiar enlutado deve ser capaz de realizar as seguintes tarefas:

- Aceitar a realidade da perda;- Expressar a dor da perda; - Ajustar-se ao ambiente em que o falecido está ausente;- Recolocar emocionalmente o falecido e prosseguir com a vida.

A equipa mostrou disponibilidade para conhecer a família e apoiar no processo de doença da Sr.^a P. A conferência familiar foi a estratégia encontrada para conhecer aquela família e encontrar uma solução adequada. Foi realizada no dia seguinte, estiveram presentes as duas filhas e a Sr.^a P, decidiu-se que a Sr.^a P voltaria ao domicílio, a equipa garantiu os contactos telefónicos para seguimento e a disponibilidade para receberem a doente e família para avaliação, o internamento ficou proposto no caso de agravamento da situação clínica.

Em cuidados paliativos o acompanhamento deverá iniciar-se durante o processo da doença (luto preparatório). No caso descrito, a família revela dificuldade em aceitar a situação, ou seja, manifesta sofrimento, podendo se arrastar e continuar até depois da morte. A reação e adaptação de cada um à perda dependem de fatores intrínsecos, fatores facilitadores ou fatores impeditivos de adaptação à nova realidade. Compete à equipa de saúde estar atenta a todos os fatores de risco da família e de cada elemento para que possa existir uma prevenção eficaz de lutos complicados. Conhecer a família torna-se

imprescindível. Para trabalhar e acompanhar a família, é fundamental conhecer a sua estrutura, composição e relações entre os membros da família, bem como o meio socioeconómico, político e cultural que a envolve. Para avaliação da família utiliza-se o modelo de Calgary, a elaboração do genograma (representação gráfica da família com informação sobre os seus membros e as suas relações) e ecomapa (representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita). O genograma e o ecomapa resultam numa forma rápida de consulta para contextualização da família do doente e meio socioeconómico e cultural onde estão inseridos. As medidas devem ser planeadas antecipadamente.

Antes da morte:

Facultar informação adequada sobre a doença, evolução e prognóstico através de uma **comunicação eficaz**, saber escutar e dar espaço para colocação de dúvidas, mostrar disponibilidade e empatia, ou seja, cumprir as premissas da **relação de ajuda**, Sancho (1999) diz-nos que para uma comunicação eficaz e para uma relação de ajuda efetiva, é importante saber escutar. Encorajar a expressão de sentimentos, dúvidas e angústias, dar apoio e ajudar a tomar decisões. Dar a conhecer o diagnóstico e prognóstico, é sempre uma tarefa difícil e causadora de angústia para todos os envolvidos, seguir o **protocolo de Buckman** pode auxiliar nesta tarefa.

No momento da morte:

- Reunir as condições para que a família possa estar presente para se poderem despedir.
- Promover um ambiente calmo.
- Prestar cuidados adequados e de qualidade: controlo de sintomas e assegurar conforto do doente.
- Oferecer apoio emocional e toda ajuda solicitada.
- Investir numa boa comunicação verbal e não-verbal.
- Respeitar os silêncios e manifestações de sentimentos.

Após a ocorrência da morte:

- Proceder de acordo com as fases do processo de luto (Sanders, 1999)
- Permitir a expressão de sentimentos, respeitar o silêncio, acompanhar e cuidar.
- Informar sobre o processo e manifestações do luto, sentimentos que possam vivenciar, o que é considerado normal e o que requer ajuda especializada.
- Realizar acompanhamento mediante visitas domiciliárias ou outras formas de contacto, mostrar disponibilidade.
- Estar atento aos fatores de risco e prevenir complicações, encaminhamento para outros profissionais, se assim se justificar.

A ESCP de CR, mais ou menos duas semanas após a morte envia uma carta aos familiares, assinada por todos os elementos da equipa, esta carta expressa os sentimentos da equipa e a admiração pelo suporte da família ao doente, valorizando os cuidados que prestou. É um gesto que sensibiliza a família e lhes proporciona conforto emocional.

3.4 - Trabalho em equipa

O trabalho em equipa consiste num grupo de pessoas unidas pelo mesmo objetivo, em CP o objetivo da equipa é avaliar e dar resposta às necessidades globais do doente e família, para isso é necessário um adequado e efetivo trabalho de equipa multidisciplinar (ANCP, 2006).

A ESCP de CR em relação aos sistemas de trabalho em equipa cumpre o estabelecido no documento da ANCP sobre a Organização de serviços de CP: Critérios de qualidade para unidades de CP (2006):

1. Sistemas de trabalho em equipa:
 - a) Equipa estruturada com coordenador, que é o Dr. R., que reúne as condições identificadas no documento: coordena e articula os diferentes recursos necessários à execução do plano terapêutico estabelecido, apoia o doente e família e facilita a fluidez dos processos de comunicação e informação;
 - b) Reuniões interdisciplinares, idealmente uma vez por semana. A ESCP de CR reúne todas as quintas feiras, dia da semana em que estão presentes todos os elementos, nestas reuniões são discutidos os casos clínicos, os objetivos terapêuticos, a elaboração de planos terapêuticos, avaliação de resultados, a eficácia das estratégias em curso;
 - c) Todos os elementos da equipa possuem rigor técnico, profissionalismo, flexibilidade e adaptabilidade, mostram respeito uns pelos outros e existe um apoio interprofissional.
2. Cuidado e suporte da equipa:
 - a) As equipas devem promover o seu autocuidado e prevenir o *burnout*, a equipa funciona há quase 12 anos, existe uma relação estável e coesa, uma grande cumplicidade e espírito de entreajuda partilhado por todos os elementos.
3. Formação contínua e investigação
 - a) Todos os membros da equipa têm formação avançada em CP. Existe preocupação na formação contínua e sempre que possível frequentam cursos e formações nesta área. A própria equipa promove formação a outros profissionais.
4. Coordenação entre diferentes níveis de unidades e outros serviços de apoio: O facto de estar integrada numa estrutura hospitalar favorece a relação com os outros serviços e profissionais da área hospitalar. A articulação com os CSP é exemplar, os contactos são maioritariamente telefónicos mas existe uma consonância muito grande, o médico de família é informado de todas as intervenções, é uma relação dinâmica com contribuição e partilha das duas áreas. A assistente social é responsável pelos contactos com outras instituições quando é necessário.

As vantagens do trabalho em equipa são conhecidas e sobrepõe-se a todas as dificuldades. Bernardo, Rosado e Salazar (2006) defendem que uma equipa multidisciplinar funciona com base numa liderança aceite. O líder da equipa é o médico, como já referido, isto acontece de forma natural, é o coordenador e por inerência as decisões finais são suas, no entanto são tomadas após a discussão e a colaboração de todos. Segundo os mesmos autores cada elemento deve ter participação na área que melhor domina e para a qual está melhor

preparado. Todos os elementos do grupo devem ter bem presente o trabalho que lhes compete fazer, existindo uma clara atribuição de responsabilidades e papéis. O médico tem um papel decisivo na prescrição farmacológica, o que se compreende pela sua experiência e formação. O enfermeiro é muitas vezes a ponte entre o doente e família e restante equipa, pela sua disponibilidade e proximidade acaba por ter uma relação privilegiada com os doentes e famílias, os contactos telefónicos com as famílias são maioritariamente efetuados por ele. O psicólogo exerce maior influência no apoio à família e situações em que a sua intervenção se justifica. É uma equipa motivada, com o mesmo propósito e unida. O ambiente é informal e relaxado, proporcionando momentos descontraídos e divertidos. É uma equipa coesa com objetivos comuns.

4 – Atividades Planeadas e Desenvolvidas

- ✚ Interação com os elementos da equipa, consulta de protocolos, processos e regulamentos que permitam conhecer o funcionamento e as atividades da equipa: Foi possível consultar todos os documentos e processos existentes no serviço, o que permitiu conhecer a dinâmica, o funcionamento e as atividades da equipa. Apesar do idioma castelhano foi possível estabelecer conversas formais e informais com a equipa.
- ✚ Analisar e estudar a situação de cada doente, tendo sempre presente o modelo holístico para avaliação, diagnóstico das necessidades e traçar um plano de cuidados: esta análise era realizada nas reuniões de equipa, o plano traçado era registado no sistema informático.
- ✚ Estabelecer com o doente, família e/ou cuidador uma comunicação eficaz que permita uma boa relação de ajuda com os mesmos: o fator idioma dificultou esta atividade, no entanto a forma de estar do próprio povo espanhol facilitou as relações, os doentes e famílias demonstraram uma grande abertura e foi simples estabelecer relações de empatia e ajuda.
- ✚ Proporcionar ao doente, família e/ou cuidador a expressão de sentimentos, dúvidas e receios: o acolhimento do doente no dia da consulta no serviço e as visitas domiciliárias eram momentos privilegiados para dialogar com as famílias, a relação destas com a equipa era bastante próxima permitindo um diálogo franco.
- ✚ Participação em reuniões de equipa e nas discussões de casos clínicos: as reuniões de equipa durante o período de prática clínica foram sempre realizadas com a nossa presença, tendo-nos sido permitido a leitura dos processos para posterior análise e participação.
- ✚ Planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem investindo nos registos: os registos em suporte de papel, nomeadamente a monitorização de sintomas e avaliações por escalas utilizadas no serviço foram realizados por nós. Os registos informáticos pelo enfermeiro da equipa.
- ✚ Aperfeiçoar as formas de avaliação da dor, dor total e outros sintomas recorrendo à utilização de instrumentos validados: nos dias de consulta realizadas no serviço, o acolhimento tinha lugar na sala de tratamentos, onde junto do doente acompanhado da família e/ou cuidador se procedia a um questionário para

preenchimento das fichas de monitorização. A equipa deixava a nosso cargo esta tarefa, posteriormente discutíamos a avaliação realizada.

- ✚ Promover o alívio sintomático eficaz utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas: maioritariamente as intervenções da equipa são farmacológicas, todas as medidas não farmacológicas que possam aliviar determinados sintomas baseavam-se na informação das mesmas aos familiares.
- ✚ Participação em conferências familiares e treinar a transmissão de más notícias, mostrar disponibilidade para escutar os participantes e ir ao encontro da resolução dos problemas, tendo em conta a qualidade de vida do doente e as necessidades da família: as conferências familiares realizadas pela equipa durante a prática clínica tiveram sempre a nossa presença embora sem participação ativa, assistimos também a algumas situações de transmissão e informação do diagnóstico. Apesar de não ter tido uma participação ativa, observar a forma de atuação da equipa nestas situações foi bastante útil.
- ✚ Assistir a família e o doente na situação de últimos dias e horas de vida, respeitando a dignidade e aspetos éticos. Descrevo um caso clínico de uma doente que apresenta o quadro de situação de últimos dias e horas de vida e a atuação da equipa. A descrição é seguida dos aspetos a ter em conta nesta fase do doente e família, evidenciando-se as suas necessidades e plano de cuidados adaptado às mesmas.

Caso Clínico

Doente L. de 60 anos, sexo feminino, raça caucasiana.

Situação física: diagnóstico de cancro do pulmão com metástases ósseas. Antecedentes pessoais de carcinoma epidermoide da língua tratado com cirurgia, quimioterapia e radioterapia em junho de 2013. Apresenta massa pulmonar com metástases ósseas localizadas em D₉, D₁₂, L₁₂ e trocânter direito. Efetuada artrodese transpedicular D₈-D₁₂. Paraplegia completa. PPS – 30. Índice de Barthel – 20. Estado cognitivo normal. Eupneica em repouso. Incontinência de esfíncteres, úlcera de pressão na região sacrococcígea. Sem dor ou outros sintomas. Por decisão da família não fará tratamentos com quimioterapia.

Situação emocional: Desconhece diagnóstico e prognóstico. Sabe que “tem um problema na coluna, foi operada e ficou sem mexer as pernas”. Não questiona sobre a doença e delega na nora as decisões e informações.

Situação familiar: vive com o marido, o filho e a nora. Tem mais filhos que moram noutra localidade. Sem problemas de cuidador. Pacto de silêncio.

Plano: Informação à família sobre situação e plano de ação. Conselhos ao cuidador sobre cuidados gerais e alimentação. Apoio emocional. Tratamento da úlcera de pressão pelo enfermeiro de família.

Plano terapêutico: Lactulose conforme necessidade. Diclofenac 50 mg oral de 8/8 h se dor. Pazital⁸ 37,5mg/32,5mg de 8/8 h se dor.

A 15 de maio através de contacto telefónico, o médico de família informa que a Sr.^a L tem uma infeção urinária e prescreve tratamento em conformidade. Procederam ao

⁸ Associação de cloridrato de Tramadol com Paracetamol, comercializado em Portugal sob o nome de Zaldiar.

desbridamento da úlcera e refere suspeita de melenas. No dia 20, a equipa recebe novo telefonema do médico de família que transmite a informação que a Sr.^a L. piorou, apresenta uma hemoglobina de 8,5g acompanhada de astenia grave. A equipa toma a decisão de visitar a doente e família nesse mesmo dia. Telefona ao enfermeiro de família que assiste a Sr.^a L. no domicílio, também ele refere uma pioria no estado geral da doente e oferece-se para acompanhar a equipa na visita domiciliária. A Sr.^a L. encontra-se no quarto, deitada na cama, prostrada, não reage a estímulos verbais, visivelmente com depressão do estado de consciência. A equipa reúne com a família (marido e filho) noutra divisão da casa. A equipa é informada que a doente deixou de se alimentar desde o dia anterior, não tem tido dejeções nem urina, não tem manifestações álgicas. Manifestam conhecimento da situação, sempre souberam do diagnóstico e prognóstico, têm noção de que a doente está em situação de últimos dias e horas de vida. O médico concorda com a avaliação, expõe os cenários possíveis, é explicado que o facto da senhora não se alimentar não representa incómodo para ela. Os cuidados nesta fase passam por medidas de conforto, manter a higiene corporal, higiene e cuidados à boca, mudanças de decúbito, vigiar sinais de agitação que podem refletir dor. É proposto a suspensão da medicação uma vez que não existe a probabilidade de dor. A equipa disponibiliza-se para regressar ao domicílio daí a dois dias se não se verificar alteração do estado, informam que há sempre profissionais de saúde que podem contactar por telefone para esclarecimento de dúvidas ou encaminhamento para a equipa ou hospital. A família apresenta competências para prestar os cuidados necessários e capacidade emocional para lidar com a situação.

Reflexão/análise

À medida que a doença vai progredindo, evolui para uma situação de deterioração generalizada do estado de saúde. A fase terminal, de acordo com a *Australian National sub-acute and non-acute Patient Classification* citada por Neto (2006) é a fase em que a morte está próxima, numa previsão de horas ou dias (agonia), e não se preveem intervenções agudas. De acordo com a mesma autora, existe um conjunto de características fisiológicas usuais que permitem descrever a fase agónica: deterioração evidente e progressiva do estado físico, acompanhada ou não de alterações do nível de consciência; dificuldade progressiva na ingestão e deglutição; falência de múltiplos órgãos (diminuição da diurese, retenção urinária, edemas periféricos, estertor, perda do controlo dos esfíncteres, alterações da temperatura corporal e coloração da pele); sintomas físicos variáveis de acordo com a patologia base; sintomas psico-emocionais como angústia, agitação, crises de medo, pânico e pesadelos; perceção emocional, verbalizada ou não da realidade da proximidade da morte. Gonçalves (2013) sintetiza os sinais e sintomas do doente agónico em astenia profunda, acamado a maior parte do tempo, sonolência, desorientação, desinteresse em comer e beber e dificuldade em engolir. O plano de cuidados traçado para esta fase deverá responder às necessidades totais do doente e família, como o controlo dos sintomas (se existentes), medidas de conforto e apoio psico-emocional do doente e família. Os princípios gerais do tratamento orientam para que se simplifique o tratamento (suspender medicação irrelevante, manter apenas fármacos de utilidade imediata), adequar a via de administração de fármacos se necessário (via oral é a primeira escolha, caso não seja possível, mudar para a via retal ou subcutânea) e estabelecer um conjunto de medidas gerais como por exemplo os cuidados de higiene do corpo e da boca, massagens de conforto e mudanças de posicionamentos, estes últimos de acordo com a situação do doente (Gonçalves, 2013; Neto, 2006). Os sintomas nos últimos dias de vida podem variar de acordo com a patologia de base mas de uma forma geral

os mais frequentes são: confusão, estertor/respiração ruidosa, agitação, dor, dispneia, náuseas e vômitos (Neto,2006).

O controlo de sintomas nesta fase mantém os princípios gerais do controlo de sintomas em CP. Existem outras situações que é comum ocorrerem, como as alterações na nutrição e hidratação. Na fase agónica a ingestão de líquidos e alimentos diminui, o que representa preocupação e angústia para os familiares, deve ser explicado à família que é normal que o doente não mostre interesse por se alimentar como causa natural da doença, fazê-lo comer não vai reverter a situação. A colocação de sondas nasogástricas é desaconselhada, desproporcionada e gera maior incómodo que benefício (Neto, 2006; Gonçalves,2013). Em relação à hidratação, as medidas aconselhadas por Neto (2006) são o reforço local oral, como por exemplo molhar a boca frequentemente (com compressas molhadas, lâminas congeladas de bebidas, pulverizar ou lubrificantes artificiais da mucosa) e manter higiene oral. Outro aspeto a considerar são as questões espirituais, estas não têm que ser forçosamente religiosas, para Gonçalves (2013) é importante que haja alguém particularmente apto para lidar com esta situação de forma a poder ajudar de forma adequada. Esta fase tem um significado especial para a família e representa um momento singular que requer um grande esforço de adaptação, à semelhança dos outros problemas mantém-se os princípios gerais dos CP e os seus pilares fundamentais.

Cuidados ao final da vida

Fornecer ajuda psicológica e suporte espiritual.

Preparar o paciente e família para a morte.

Estar mais presente

Reforçar o cuidar, as medidas de higiene e conforto.

Controlar a dor.

Controlar outros sintomas, que não a dor.

Indicar a sedação paliativa (sim ou não).

Quadro 6. Cuidados ao final de vida-itens importantes. Adaptado de WHO/CDS/IMAI. 2004

Um instrumento de grande utilidade nesta fase dos cuidados é o Protocolo de Liverpool (LCP), foi desenvolvido em Inglaterra por Ellershaw que com a sua equipa transferiram o modelo de cuidados dos *hospices* para outras realidades (hospitais e cuidados na comunidade). Este protocolo pretende uniformizar os cuidados ao doente em fase de agonia, independentemente do local onde o doente vive os seus últimos dias de vida (Ellershaw, 2003), fornece critérios para o diagnóstico da agonia e linhas orientadoras relativas a aspetos chave no cuidado ao doente como controlo de sintomas, medidas de conforto, prescrição de terapêutica de resgate, suspensão de intervenções inúteis, apoio psicológico, espiritual e religioso, comunicação e apoio à família.

- ✚ Envolver a família nos cuidados: a perceção com que se fica, é que a maioria da população espanhola, culturalmente valoriza a família, são famílias alargadas e com papéis bem definidos que se envolvem de forma ativa nos cuidados, atendiam

e cumpriam as propostas da equipa. Pareceu-nos útil a elaboração de panfletos com alguns conselhos, nomeadamente um guia de Cuidados à boca (Apêndice I), um Guia sobre alimentação (Apêndice II) e um guia sobre a Terapêutica subcutânea (Apêndice III) a fim de informar e simplificar alguns cuidados prestados pela família. A elaboração dos panfletos foi um trabalho conjunto com a colega de estágio, com a supervisão do médico, enfermeiro e psicólogo da equipa bem como das nossas respetivas orientadoras. Resultaram da pesquisa bibliográfica sobre os temas abordados. O propósito dos panfletos é que sejam um guia orientador para as famílias, com uma linguagem acessível, de consulta rápida e que proporcionem o esclarecimento de dúvidas que possam surgir. Contêm conselhos práticos para resolução de problemas comuns aos doentes em cuidados paliativos. O ato de entrega destes panfletos pode constituir um momento para esclarecer dúvidas e permitir a expressão de sentimentos do cuidador.

- ✚ Participar ativamente na preparação e educação do cuidador principal: em simultaneidade com o ponto anterior.
- ✚ Planear e executar visitas domiciliárias consoante os objetivos traçados para cada uma dessas visitas – diagnosticar, prestar cuidados ou fornecer orientações: as visitas domiciliárias eram planeadas em reunião, foi possível colaborar nessas reuniões e na preparação do material necessário a cada visita.

✚ Analisar um caso clínico à luz dos princípios e filosofia dos cuidados paliativos

Caso clínico

Doente C., 63 anos, sexo masculino, raça caucasiana. Que após acidente de viação é hospitalizado por dor abdominal e icterícia. Após exames complementares de diagnóstico conclui-se que tem um tumor do reto, efetua TAC (Tomografia Axial Computorizada) que revela metástases pulmonares e hepáticas.

Situação física: diagnóstico de neoplasia do reto avançada, e metástases hepáticas e pulmonares. TAC e colonoscopia que indicam impossibilidade cirúrgica por estado avançado do tumor (sem obstrução). Dor abdominal e icterícia. Abdómen depressível, mole, doloroso no hipocôndrio direito e epigastro, hepatomegalia dura, irregular e dolorosa. Ascite sem tensão. PPS – 80, Índice de Barthel- 90. Estado cognitivo normal. Principal queixa dor abdominal que cede com Metamizol magnésico endovenoso e resgates com Petidina endovenosa. Sem prurido, sem dispneia. Sem dilatação da via biliar extra hepática pelo que não existe necessidade de colocação de prótese biliar.

Situação emocional: Desconhece diagnóstico e prognóstico, mas quer saber o que tem e refere que está à espera dos resultados dos exames que fez. Nível de informação da doença 0 (zero) numa escala de 0 a 4.

Situação familiar: Vive com a mulher e um filho, tem mais dois filhos. Sabem diagnóstico da doença e prognóstico. Nível de informação 4.

Plano: Informação à família da situação da doença e do plano de acompanhamento. Ajuste analgésico. O doente terá alta hospitalar, vai medicado para a dor. Regressa para conferência familiar em que deverão estar presentes a esposa e os filhos.

Plano terapêutico: Zomorph 30: 1-0-1, Zomorph 10: 0-2-0

Reflexão/análise

Os CP visam dar resposta às necessidades dos doentes que apresentam doença avançada, incurável e progressiva, com ou sem sofrimento e o seu principal objetivo é garantir a melhoria da qualidade de vida do doente e sua família. A prática dos CP assenta nos seguintes princípios:

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

Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004, p. 5-6

Devemos também ter presentes os princípios da ética biomédica: Respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Respeito pela autonomia	Reconhece o direito ao doente de fazer escolhas. Direito a ser informado da natureza da sua doença. Direito a ser informado das opções terapêuticas. Direito a participar das decisões/recusar intervenções.
Beneficência	As ações médicas devem ter a intensão de beneficiar o doente. Permitir um contacto gratificante com as pessoas significativas para o doente. Resolver questões importantes, para ele e para os outros.
Não maleficência	<i>Primum non nocere</i> - acima de tudo não fazer mal. Evitar ações que não tenham em vista alcançar o bem-estar do doente. Não acrescentar mais sofrimento ao que a doença já provoca.
Justiça	Dever de justiça universal e equidade. Distribuição justa de recursos disponíveis. Evitar o uso de meios fúteis de tratamento por falta de alternativa. Libertar camas, tempos de consulta e serviços vocacionados para tratar outro tipo de doentes.

Quadro 7. Princípios da Ética Médica, adaptado de Gonçalves,2006,p.182-184

O Sr.^o C. tem direito a receber cuidados adequados à sua doença, pelo seu diagnóstico e prognóstico tem direito a CP, que assegurem resposta às suas necessidades. É um direito que deve ser respeitado, obedecendo ao princípio da justiça e como direito humano fundamental.

Pelo princípio da beneficência, todas as atitudes terapêuticas da equipa devem ter em conta o benefício do doente, assim fazendo ligação com o princípio da não maleficência e não provocar dolo ou ações que lhe provoquem sofrimento sem que produzam melhorias ou benefícios. O doente ainda não conhece o seu diagnóstico, isto impossibilita o respeito pela autonomia ao comprometer o direito do doente fazer as suas escolhas. O doente deve ter oportunidade de questionar e receber as informações corretas da sua situação, assim como das opções terapêuticas, só assim poderá participar nas decisões e fazer escolhas. É aqui que se enquadra o consentimento informado. Mas o doente também tem direito a não querer saber, a equipa tem que perceber o que ele realmente sabe ou intui, o que ele quer saber e o que ele não quer saber. É necessário recorrer a uma comunicação eficaz que engloba a escuta ativa e a relação de ajuda. O Protocolo de Buckman é o instrumento indicado para transmissão das más notícias e permite à equipa selecionar a informação a dar. A conferência familiar programada será útil para esboçar o plano de cuidados e tomar decisões.

Ao longo do percurso da sua doença haverá alterações na sua situação física, emocional, social e familiar. A equipa terá de responder de forma satisfatória às necessidades que irão

surgir, assegurar um bom controlo de sintomas, manter uma comunicação eficaz, apoiar o doente nas suas decisões e respeitá-las, proporcionar cuidados de conforto e manter a qualidade de vida o mais possível até ao final. Assim como apoiar a família no processo de doença e apoio no luto

Estes cuidados, como já foi referido, são assentes em quatro pilares fundamentais: controlo de sintomas, comunicação eficaz, apoio à família e trabalho em equipa.

- ✚ Implementar as medidas a curto, médio e longo prazo com o propósito da melhoria de qualidade dos dois indicadores definidos. Curto prazo: realização de ações de sensibilização aos cuidadores e profissionais; médio prazo: elaboração de protocolos e implementação do uso de escalas para avaliação da dor e mucosa oral; longo prazo: aplicação de protocolos e avaliação. Apenas foi contemplado o indicador relacionado com a avaliação e controlo da dor. Foi realizada uma formação em serviço a todos os profissionais de saúde da unidade onde trabalho, estiveram também presentes profissionais de saúde do Lar D. Bárbara Tavares da Silva que desempenham a sua atividade na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Foi disponibilizado material de leitura com o intuito de divulgar a filosofia dos CP e motivar os profissionais para esta área.
- ✚ Recorrer a todas as fontes de informação disponíveis para me manter atualizada sobre CP: durante toda a prática clínica fui pesquisando sobre o tema, consultei todo o material que existia no serviço. Assim como a bibliografia para elaboração deste relatório.
- ✚ Reunir condições para desenvolver atividades junto da comunidade com o objetivo de difundir a filosofia e princípios dos CP: Convite aos profissionais de saúde do Lar D. Bárbara Tavares da Silva para estarem presentes na formação realizada no Centro de Saúde de Penamacor.
- ✚ Participar em cursos sobre CP: Formação Profissional em Cuidados Paliativos promovido pela Unidade Local de Saúde de Castelo Branco de 3 a 16 de Dezembro de 2013 (Anexo I), VII Congresso Nacional de CP de 27 a 29 de Março de 2014 (Anexo II). Seminário: Cuidados Paliativos Pediátricos organizado pela ESALD a 16 de maio de 2014 (Anexo III). Para além destes cursos, foi-me possível participar em dois cursos realizados em Espanha, um no hospital de CR com o tema “Uso seguro de medicamentos en el contexto de Cuidados Paliativos” (Anexo IV) e outro em Mérida – “Cuidados Paliativos Pediátricos” (Anexo V).
- ✚ Mobilizar os conhecimentos adquiridos na competência teórica; todos os conhecimentos adquiridos na componente teórica revelaram-se de grande utilidade e imprescindíveis.
- ✚ Compreender os princípios adotados na deliberação e tomada de decisão, em casos ou situações eticamente complexas: Cuidar em fim de vida implica lidar com situações complexas que exigem aos profissionais de saúde tomadas de decisões difíceis. É fundamental manter presentes os pressupostos dos CP, bem como a relação de confiança com o doente e família para permitir uma comunicação eficaz e proporcionar uma relação de ajuda, doente e família precisam sentir que a equipa se preocupa e se mantém disponível para prestar o apoio necessário. O plano de cuidados deve ser discutido com o doente e família, nesta fase o cuidar é

uma prioridade, segundo Collière (2003), cuidar significa estar com, atender às necessidades do outro, respeitando-o enquanto ser único e irrepetível. Os profissionais de saúde que acompanham doentes em fim de vida são confrontados com os dilemas éticos intrínsecos à situação, os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, constituem à semelhança do que acontece noutras áreas, linhas orientadoras dos CP nas tomadas de decisão. Nesta perspetiva dever-se-á ponderar os benefícios e riscos de todas as intervenções e tratamentos a efetuar, ou seja, devem ser ajustados e proporcionados às necessidades dos doentes. Os CP aceitam a morte como circunstância da vida, contudo, não pretendem provocá-la ou apressá-la (Twycross, 2003; Neto, 2006), os objetivos são o alívio do sofrimento e a promoção do conforto e não a cura. Segundo Kolcaba (2001) para haver conforto é necessário proporcionar à pessoa alívio, tranquilidade e transcendência, para esta autora o alívio traduz-se na satisfação das necessidades. Os princípios adotados na tomada de decisões centram-se no cumprimento dos princípios da bioética e no respeito pela dignidade humana. Koenig (2000) lembra-nos que os doentes devem, antes de mais, serem tratados como pessoas e não como doenças, evocando o máximo respeito pela dignidade humana como direito fundamental.

- ✚ Ainda foi delineada como atividade a elaboração de uma revisão sistemática da literatura, procurando a evidência científica sobre as vantagens e desvantagens do uso do Tapentadol no tratamento da dor oncológica, de modo a que pudesse ser publicada ainda no ano de 2014. A revisão não foi publicada. O objetivo de conhecer mais e melhor todas as “armas” terapêuticas para controlo da dor oncológica no doente inserido em Cuidados Paliativos, foi o motivo para pesquisar sobre um fármaco utilizado no seu tratamento. Concluimos que o Tapentadol, devido ao seu mecanismo de dupla ação, é eficaz no controlo da dor oncológica moderada a intensa, quer em doentes em que nunca foram utilizados opióides para o tratamento da sua dor quer em doentes em que já eram utilizados opióides fortes. Este medicamento apresenta menos efeitos secundários (gastrointestinais), menos interações medicamentosas e desenvolvimento de menor tolerância. Passo a apresentar a Revisão Sistemática da Literatura.

5 - Vantagens do Uso do Tapentadol na Dor Oncológica

5.1 - Introdução

Os pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos possuem peculiaridades que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde visando a melhoria na qualidade assistencial. O controlo de sintomas é uma preocupação presente sendo a dor a mais evidente uma vez que representa o sintoma mais temido pelos doentes e o que constitui maior fonte de sofrimento. O programa nacional do controlo da dor (PNCDor) de 2008 refere: "...a dor oncológica frequentemente encarada como uma das principais causas de dor crónica, representa uma importância especial pela patologia referida ser a segunda causa de morte em Portugal e por existir dor moderada a intensa em mais de 90% dos doentes em situação oncológica terminal". São objetivos do plano diminuir a prevalência da dor não controlada, melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor, racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor.

Os Cuidados Paliativos destinam-se a doentes portadores de doença sem perspetiva de tratamento curativo, que progride rapidamente e cuja expectativa de vida é limitada. Não são determinados pelo diagnóstico mas pela situação do doente e necessidades inerentes a essa condição. Destacam-se as doenças crónicas, progressivas e incuráveis, tais como: insuficiências orgânicas (respiratórias, hepáticas, renais, cardíacas), doenças neurológicas (demências, Parkinson, ELA, EM) determinadas síndromes geriátricas e as doenças oncológicas (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010).

Atualmente, já existe consenso que os cuidados paliativos são dirigidos tanto a doentes oncológicos como não oncológicos; no entanto, são as patologias oncológicas as que mais se evidenciam no grupo de pessoas alvo de cuidados paliativos. São patologias que têm vindo a ganhar grande expressão em número e preocupação dos estados; anualmente na Europa 1,7 milhões de pessoas morrem por cancro e a OMS estima, que em 2020 mais de 15 milhões serão afetadas por cancro. No nosso país 60% da mortalidade deve-se a patologias crónicas, progressivas e incuráveis, sendo que o cancro representa 20%-25% (PNCP-Ministério da Saúde), sendo a segunda maior causa de morte registada em Portugal (DGS, 2006).

A dor não controlada é um sintoma que gera grande sofrimento nas pessoas que rodeiam e cuidam o doente; origina sentimentos de frustração e angústia nos profissionais e mais preocupante que isso o flagelo do próprio doente. A melhoria da qualidade de vida do doente passa pela prestação de cuidados específicos e adequados.

A avaliação, registo e tratamento da dor representam qualidade e humanização dos serviços e cuidados prestados.

Independentemente da patologia que o doente apresente, o controlo eficaz da dor é um direito. A dor pode ser controlada com perspetivas de êxito de acordo com a adequação e preparação científica dos serviços e dos profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar o doente com dor, assim como ao manejo criterioso de todos os recursos e técnicas disponíveis.

Existem vários tratamentos farmacológicos que podem ser utilizados para ajudar a controlar a dor oncológica. A OMS recomenda o recurso à escada analgésica, onde se

encontram analgésicos não opióides e opióides (fracos e fortes). Os opióides por vezes causam efeitos colaterais ou não produzem alívio.

Foi neste contexto, de preocupação perante os factos e com o objetivo de conhecer mais e melhor todas as “armas” terapêuticas para controlo da dor oncológica no doente inserido em Cuidados Paliativos, que nos propusemos pesquisar sobre um fármaco utilizado no tratamento da dor. Após a identificação dos fármacos opióides disponíveis em Portugal para o tratamento da dor, elegemos o Tapentadol por ser uma molécula recente (é o primeiro novo fármaco na classe dos opióides fortes há mais de 25 anos -Europa-10/8/2010) com indicação para o tratamento da dor moderada a grave. Esta substância tem um mecanismo de ação exclusivo que combina atividade opióide e não opióide. Este mecanismo dual contribui para o efeito analgésico do Tapentadol de uma forma complementar: baseia a sua ação analgésica no conceito MOR-NRI (antagonista do recetor opióide e inibidor da recaptção de noradrenalina). Pretendemos saber se traz vantagens ao doente oncológico com dor em relação aos opióides já existentes.

O objetivo é um estudo exaustivo sobre artigos que descrevem este fármaco e identificar as suas vantagens para os doentes oncológicos que apresentam dor.

5.2 - Metodologia

A finalidade deste estudo é encontrar possíveis vantagens do uso do Tapentadol no tratamento da dor de origem oncológica, optando por centrar a nossa pesquisa em estudos quantitativos e qualitativos.

Pretendemos identificar as vantagens da utilização do Tapentadol, descrevendo os seus benefícios no doente com dor oncológica em relação aos opióides já existentes, para responder à questão de partida:

- Quais as vantagens do uso do Tapentadol no doente oncológico com dor?

Desdobrando-se em questões secundárias, que nos ajudarão a identificar os principais benefícios deste fármaco. Como:

- Qual a eficácia do Tapentadol na dor oncológica?
- Apresenta menos efeitos secundários que os opióides já existentes?

As fontes de informação e estratégia de pesquisa pretendem englobar artigos científicos sobre o tema, de todas as nacionalidades e publicadas no horizonte temporal delineado.

- Critérios de inclusão: Estudos qualitativos e quantitativos que descrevam a utilização do Tapentadol em doentes oncológicos com dor, realizados no horizonte temporal de janeiro de 2010 a dezembro de 2013.
- Critérios de exclusão: Artigos que descrevam a utilização do Tapentadol em doentes com dor de origem não oncológica. Artigos que apresentam informação repetida.

Aos descritores de pesquisa delineados numa primeira fase associamos outros que nos ajudaram a encontrar mais informação: dor nociceptiva, dor neuropática. Os parâmetros considerados imprescindíveis para a leitura, análise e resumo dos artigos definem-se segundo o protocolo PICOD (**ver quadro 8**).

PROTOCOLO PICOD				Palavras-chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	Doentes oncológicos com dor.	Tapentadol, Dor, Dor Oncológica.
I	Intervenções	O que foi feito?	Tratamento da dor com uso do Tapentadol.	
C	Comparações	Podem existir ou não	Vantagens em relação a outros opióides.	
O	Outcomes	Resultados	Apresenta menos efeitos secundários. Origina menor tolerância que outros opióides fortes. Eficaz na dor.	
D	Desenho do estudo	Como é que a informação foi recolhida?	Metodologia qualitativa e quantitativa.	

Quadro8. Protocolo PICOD

A pesquisa realizou-se com recurso às bases de dados eletrónicas: Library of Congress, PubMed, Scielo, Biomed e SCIRUS e B-One. Recorremos também ao Google Académico no motor de busca Google.

Nesta revisão sistemática da literatura encontram-se estudos qualitativos e quantitativos, realizados no horizonte temporal de 2012 a 2013 e que consideram o uso do Tapentadol no tratamento da dor oncológica.

Amostra: Adultos, com doença oncológica e que apresentam dor.

Identificação e seleção dos estudos relevantes: Por ser um fármaco relativamente recente, o número de artigos não é muito extenso, não se justificando por isso o alargamento do horizonte temporal para anos anteriores a 2010. E neste intervalo de tempo apurámos artigos apenas de 2012 e 2013, uma vez que os artigos encontrados nos anos 2010 e 2011 referem-se exclusivamente ao uso do Tapentadol no controlo da dor crónica osteoarticular (primeira indicação terapêutica deste fármaco). O facto de os artigos serem maioritariamente em inglês demorou a leitura; recorremos ao *abstract*, este nem sempre muito esclarecedor o que exigiu a leitura dos textos na íntegra, inicialmente selecionamos 24 artigos, que foram reavaliados quanto à qualidade e informação contidas, submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, resultando na eleição final de sete artigos. Recorremos ainda à monografia do produto Tapentadol para conhecer a farmacologia do medicamento.

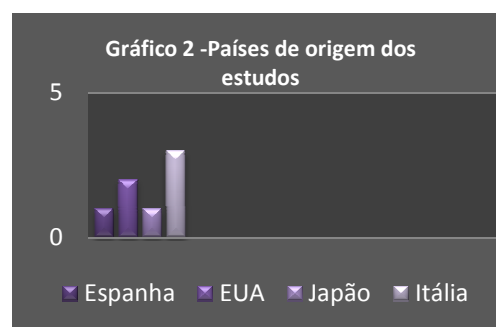
5.3 - Resultados

Dos sete trabalhos selecionados para esta revisão da literatura seis são estudos de casos clínicos e um é uma revisão sistemática da literatura, publicados em 2012 e 2013 (**ver gráfico 1**). Os países de origem dos estudos são quatro (**ver gráfico 2**) sendo que a Itália se destaca com três estudos do total dos sete. Todos os participantes são doentes adultos, oncológicos que apresentam dor moderada a grave com origem na sua patologia oncológica.

Gráfico 1 . nº de estudos por ano de publicação



Gráfico 2 -Países de origem dos estudos



5.3.1 - Mecanismo de Ação do Tapentadol

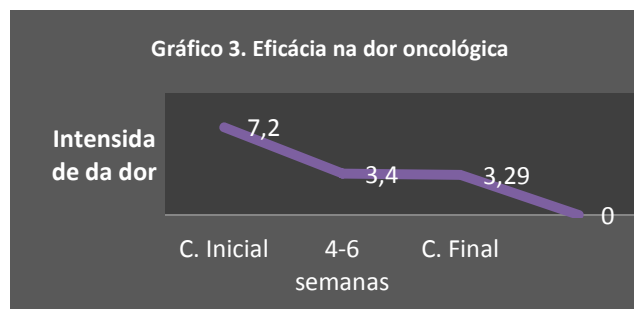
É um opióide forte de ação central que combina dois mecanismos de ação numa só molécula: agonista do recetor μ -opioide (MOR) e inibição da recaptção da noradrenalina (NRI). Estes dois mecanismos contribuem para o efeito analgésico do tapentadol de uma forma complementar: o agonismo do MOR é eficaz na dor nociceptiva e a NRI adapta-se bem ao tratamento da dor crónica, especialmente à neuropática.

Devido à possível sinergia entre os componentes μ e NA, o Tapentadol para além de proporcionar eficácia analgésica sobre diversas vias exerce também um efeito economizador μ opióide que diminui a incidência de efeitos secundários o que aumenta a tolerabilidade do Tapentadol em relação aos opióides existentes no mercado. Exerce o seu efeito analgésico, directamente sem metabólitos farmacológicos activos.

5.3.2 - Eficácia na Dor Oncológica

Nos estudos realizados demonstrou eficácia comprovada na dor oncológica. Os doentes apresentaram uma melhoria significativa da dor com ou sem componente neuropática. Com dados recolhidos no estudo de Schwenke K. *et al*, conclui-se que houve uma diminuição da intensidade da dor abaixo de 54% do valor inicial referido pelo doente; demonstrou haver diminuição da dor, numa escala de 0 a 10, ao longo do tempo de observação correspondente a 3 meses (**ver gráfico 3**).

Gráfico 3. Eficácia na dor oncológica



No mesmo estudo, o autor refere que o Tapentadol é bem tolerado no alívio da dor oncológica. Verificou-se uma redução na utilização de terapêutica adjuvante bem como na terapêutica para controlo de efeitos secundários dos opióides.

No estudo de Mercadante *et al*, foram incluídos 50 doentes com dor crónica oncológica moderada a intensa (> 4, numa escala de 0 a 10), que tinham falta de resposta ao tratamento com analgésicos não opióides ou uso ocasional de opióides para dor moderada. O início do tratamento foi com Tapentadol de libertação prolongada, 50 mg duas vezes ao dia, com titulação de acordo com a necessidade analgésica e tolerabilidade; recorrendo à Morfina de libertação imediata, 5 mg, para dor irruptiva. A terapêutica adjuvante foi mantida de acordo com as necessidades. Observou-se uma diminuição significativa da intensidade da dor ao longo das 4 semanas do estudo.

No estudo fase 3, randomizado, com um total de 327 doentes, com dor oncológica crónica, realizado por Kress *et al*, também foi possível constatar a eficácia do Tapentadol no tratamento da dor oncológica moderada a intensa comparativamente à utilização da Morfina. O efeito analgésico do Tapentadol (100 mg a 250 mg 2x/dia) não foi inferior ao da Morfina (40 mg a 100 mg 2x/dia). Noutro estudo de caso comparativo com outro fármaco opióide-Oxicodona, conclui-se que a eficácia oferecida pelo Tapentadol (25 mg a 200 mg) não é inferior à da Oxicodona para a gestão da dor moderada a intensa relacionada com o tumor maligno. No estudo de caso realizado por Mercadante *et al*, em que se avaliou pela primeira vez a rotação da Metadona para um novo fármaco como o Tapentadol, resultou num efeito inesperado, demonstrando uma excelente analgesia proporcionada pelo Tapentadol com reduzidos efeitos adversos. No entanto, é referido que na prática clínica, os efeitos produzidos pelo Tapentadol na rotação de opióides não é previsível, mas pode ter interesse particularmente em doentes que possam apresentar hiperalgesia associada a tratamentos prolongados com opióides em doses relativamente altas.

Constanzo R. *et al*, estudaram sete doentes com doença oncológica avançada, que apresentavam dor intensa (EVA ≥ 4) de diversos tipos (mista, neuropática e nociceptiva) de origem oncológica e um dos casos dor secundária a quimioterapia. O Tapentadol foi associado a benefício clínico e bem tolerado, mostrando uma ação analgésica comparável à da Morfina e Oxicodona mas com menos efeitos secundários. Na revisão da literatura incluída neste estudo é referido o papel importante do Tapentadol no tratamento da dor oncológica.

5.3.3 - Efeitos Secundários

Em todos os estudos incluídos nesta revisão são referidos menores efeitos secundários do Tapentadol, sobretudo a nível do trato gastrointestinal. Este facto poderá ser devido à possível sinergia entre os componentes μ e NA que assim exerce um efeito “economizador” μ -opióide provocando uma menor incidência de efeitos secundários associados aos opióides. Os estudos que melhor evidenciam esta afirmação, são os comparativos com outras drogas: Metadona, Oxycodona e Morfina. Desenhámos uma tabela referente aos estudos que compararam o Tapentadol a estas três drogas (**ver tabela 3**). De facto, todos os estudos associam ao Tapentadol menos efeitos secundários associados aos opióides, com maior ênfase nos do trato gastrointestinal: obstipação, náuseas, vómitos e diarreia. Quando comparámos as percentagens da incidência de efeitos secundários com a Oxycodona no estudo de Imanake *et al*, verificamos que apesar de os valores não serem muito díspares são sempre inferiores nos doentes medicados com Tapentadol.

Num dos estudos de Mercadante *et al*, é feita a rotação da Metadona para o Tapentadol. A doente alvo do estudo tinha como terapêutica anterior: Morfina, Oxycodona, Hidromorfona (96mg/dia), Fentanilo sublingual (400mg) e Metadona (60 mg/dia) introduzida duas semanas antes do internamento. Na altura do internamento apresentava dor 8/10 em repouso, atividade física limitada e tonturas (efeito secundário). Iniciou Tapentadol (100 mg/dia) e foi baixando as doses de Metadona progressivamente e descontinuadas após três dias. A dose de Tapentadol foi aumentada até 300 mg/dia ao longo de três dias. No final a dor era de 2/10 em repouso. Uma semana depois mantinha a dor controlada com uma dose de 250 mg/dia e não apresentava efeitos adversos. O Tapentadol comparado com a Morfina no estudo de Kress *et al*. revelou que o Tapentadol apresentou menos efeitos secundários gastrointestinais que a Morfina. Foi bem tolerado com uma baixa incidência de efeitos secundários. Baseando-nos nos estudos incluídos, podemos concluir que o Tapentadol em comparação com as drogas mencionadas apresenta uma menor incidência de efeitos secundários, o que para além de melhorar a adesão ao tratamento reduz a necessidade do uso de coadjuvantes.

Tabela 3 - Estudos comparativos do Tapentadol com a Metadona, Oxycodona e Morfina

Estudo	Resultado		
Kress <i>et al</i> – duplo cego vs morfina	O Tapentadol esteve associado a menos efeitos secundários gastrointestinais que a Morfina.		
Mercadante <i>et al</i> – Prospetivo aberto Rotação com Metadona	O tratamento com Tapentadol resultou num efeito global inesperado, reduzindo os efeitos adversos e proporcionando uma excelente analgesia.		
Imanake <i>et al</i> . Prospetivo observacional Oxycodona	Efeitos gastrointestinais	Tapentadol	Oxycodona
	Obstipação	55.4	67.4
	Náuseas	30.4	37.4
	Vómitos	28.6	35.5
	Diarreia	6.5	11.0

5.3.4- Outras características do Tapentadol

Baixo risco de interações medicamentosas: O elevado número de medicamentos que os doentes oncológicos necessitam aumenta o risco de efeitos adversos e interações medicamentosas. Nos estudos de caso relatados nos artigos que incluímos, deparámos com resultados que indicam baixa ocorrência de interações medicamentosas, isto acontece porque o Tapentadol é um enantiómero puro, quase completamente metabolizado por glucuronidação sem qualquer metabólito ativo, poupando o citocromo P450, o que resulta num baixo risco de interações medicamentosas.

Melhor tolerabilidade: Nos estudos contidos nesta revisão, o Tapentadol foi associado a um melhor perfil de tolerabilidade devido à menor incidência de efeitos adversos, principalmente os gastrointestinais e também por isso a uma menor percentagem de interrupções do tratamento. A justificação encontra-se descrita no mecanismo de ação deste fármaco – opióide forte de ação central que combina dois mecanismos de ação numa só molécula: agonista do recetor μ -opióide (MOR) e inibição da recaptção da noradrenalina (NRI). Devido a estes dois mecanismos de ação, a molécula do Tapentadol proporciona um efeito analgésico e um efeito “economizador” μ opióide que se pode associar a um menor frequência dos efeitos secundários associados aos opióides.

Menor tolerância: No estudo de Mercadante *et al* em que são avaliados 50 doentes com dor e tratados com Tapentadol, conclui-se que desenvolveram menor tolerância quando comparados com a morfina oral e Fentanilo transdérmico em estudos semelhantes. No estudo de Conzanzo *et al*, o Tapentadol também é descrito como um fármaco com marcada ação analgésica, menos efeitos secundários e desenvolvimento de menor tolerância, não sendo necessário aumentos de dose tão frequentes como noutros opióides.

5.4-Conclusão

O Tapentadol é um medicamento relativamente recente, a sua comercialização iniciou-se na Europa em 2010 e é o primeiro novo fármaco na classe dos opióides fortes a surgir há mais de 25 anos com indicação para o tratamento da dor moderada a grave.

É um analgésico de ação central potente com efeito agonista no recetor μ opióide e propriedades adicionais de inibição da recaptção da noradrenalina. Graças a este mecanismo de ação dual apresenta um perfil de eficácia e tolerabilidade favorável com menor incidência de efeitos secundários, o que permite uma menor necessidade de co-analgésicos e favorece a adesão ao tratamento.

Devido ao seu perfil farmacocinético torna-se importante nos doentes polimedicados por ter um baixo risco de interações medicamentosas, sendo isto também válido para doentes idosos. O seu metabolismo é maioritariamente hepático e a excreção quase exclusivamente renal, podendo ser utilizado em doentes com insuficiência renal e hepática.

Após a pesquisa efetuada, podemos concluir que o Tapentadol mostrou ser eficaz na dor crónica, principalmente na dor nociceptiva e neuropática. Para a dor irruptiva é necessário recorrer a outros opióides, os mais referenciados são a Morfina de Libertação Imediata e Fentanilo de Libertação Imediata. A menor incidência de efeitos secundários, particularmente nos do trato gastrointestinais é indubitavelmente uma vantagem para o doente oncológico,

uma vez que estes efeitos relacionados com os opióides necessários ao controlo da dor originam desconforto e diminuem a qualidade de vida do doente, o que muitas vezes origina o abandono da terapêutica opióide. A baixa incidência de interações medicamentosas é outro benefício associado a este medicamento, tendo em consideração que grande parte dos doentes se encontra polimedicada.

Em relação ao desenvolvimento de menor tolerância, encontramos apenas dois estudos que fazem referência a essa característica. Contudo podemos verificar que em todas as doses utilizadas foram consideradas baixas sem necessidade de aumentos frequentes, pelo que é possível concluir que efetivamente o Tapentadol desenvolve uma menor tolerância.

O número de artigos encontrados foi escasso, possivelmente pelo facto do Tapentadol ser uma molécula recente. As comparações com outros opióides incluem apenas a Metadona, Oxycodona e Morfina, apresento o Picod descritivo dos artigos estudados no apêndice IV.

6 - Atividades Planeadas e Não Desenvolvidas

Estar atenta às necessidades da família no processo da doença e de ajuda no luto: durante a prática clínica não foi realizada nenhuma visita após o falecimento de algum doente nem se acompanhou nenhuma família em luto. Assisti a diálogos informais de preparação para a perda e a disponibilidade do psicólogo para acompanhamento e consulta. O tema era abordado pela equipa pela preocupação que revelavam pelas famílias. Por não existir nenhum panfleto sobre o luto, propusemo-nos a elaborar um sobre o tema (apêndice V).

7 - Projeto de Intervenção

No projeto de preparação à prática clínica foram apresentadas duas propostas de melhoria de qualidade referentes à avaliação e controlo da dor recorrendo à utilização dos opióides para o controlo da dor, segundo as recomendações da OMS (indicador1), e a existência de protocolo de observação, cuidados à boca e prevenção/tratamento da mucosite (indicador2); que vinham delineadas da Unidade Curricular 8 – Trabalho de Equipa e Organização de Serviços de Cuidados Paliativos, por motivos inerentes ao serviço não foi possível realizar nenhuma atividade em relação ao segundo indicador. O projeto de intervenção passou a ser desenvolvido só em relação ao controlo da dor.

A prática adequada dos CP preconiza centrar os cuidados na pessoa, oferecer atenção individualizada ao doente e família, controle eficaz de todos os sintomas e prevenção do sofrimento, assim como dignificar o fim de vida. Segundo Twycross (2003) as três componentes essenciais dos CP são o alívio dos sintomas, o apoio psicossocial e o trabalho em equipa assentes numa comunicação eficaz.

Cuidar da pessoa é um princípio que acompanha a enfermagem ao longo da sua existência, os enfermeiros têm o compromisso de promover e prestar cuidados de qualidade; encontramos nos indicadores de qualidade uma forma de avaliação e incentivo à qualidade na prestação pois leva-nos a uniformizar protocolos, procedimentos e a trabalhar em equipa. Apresento uma proposta da melhoria da qualidade referentes à avaliação e controlo da dor recorrendo à utilização dos opióides para o controlo da dor, segundo as recomendações da

OMS, fazendo a avaliação qualitativa, a análise DAFO, indicando as ações a desenvolver a curto, médio e longo prazo e os critérios do indicador a trabalhar na Instituição – UCSP de Penamacor.

Princípios e Critérios

Na sequência dos progressos tecnológicos e científicos que foram sendo alcançados na área da medicina nas últimas décadas, assistimos a um aumento gradual da prevalência de doenças crónicas e progressivas em que não se perspectivam a regressão ou a cura, mas permite um crescimento significativo da esperança de vida, a que se impôs uma preocupação crescente com a qualidade de vida. Este fenómeno é acompanhado por uma progressiva complexidade na área da saúde em que o grau de exigência dos cuidados prestados é superior, impondo uma monitorização e avaliação para possibilitar a melhoria em saúde.

Os indicadores de qualidade são cada vez mais utilizados como instrumentos para identificar ou orientar a atenção para problemas específicos. São essenciais para melhorar o conhecimento sobre as necessidades, identificar lacunas e maximizar o desempenho, possibilitando um melhor planeamento e uma melhor organização nas instituições de saúde. A avaliação da qualidade assente nos indicadores permite às equipas de saúde comparar e sistematizar a prestação de cuidados, tornando possível alterar e aperfeiçoar as nossas práticas através da comparação e troca de informações entre as equipas e instituições. Promove o envolvimento dos profissionais, maximiza os recursos, diminui os gastos e assegura a qualidade nos cuidados prestados.

Este trabalho foi desenvolvido fundamentado na realidade profissional em estamos inseridas – UCSP de Penamacor, após uma avaliação sumária da população, surgem as patologias crónicas como as mais frequentes, de entre os problemas inerentes a estas patologias o que assume maior evidência é a dor não controlada. Indicador – Utilização dos opióides para o controlo da dor, segundo as recomendações da OMS.

Avaliação quantitativa/qualitativa

A dor é um sintoma que acompanha de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (circular normativa nº09/DGCG de 14/06/2003). É uma complicação frequente e tem um elevado impacto na vida dos doentes. Estima-se que 30% dos doentes com cancro têm dor no momento do diagnóstico e que 65% a 85% dos doentes com cancro avançado irão ter dor (Pereira, 2003). A OMS defende e utiliza o índice de consumo de medicamentos opióides *per capita* como um indicador da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da terapêutica da dor. A realidade que vivenciamos apresenta-nos diariamente doentes que manifestam dor não controlada, seja ela de etiologia oncológica ou outra, sendo a osteoarticular a mais comum, sendo que para isto muito contribui a idade avançada dos nossos doentes. A nossa perceção é que existe uma deficitária avaliação da dor e consequentemente instituição de terapêuticas pouco adequadas, por outro lado, sentimos ainda muita resistência por parte dos profissionais de saúde ao uso de opióides no controlo da dor.

Ambiente interno	Ambiente externo
<ul style="list-style-type: none">• Pontos fortes- Profissionais com formação avançada em CP;- Grupo de profissionais de Enfermagem sensíveis e com conhecimentos científicos e técnicos;	<ul style="list-style-type: none">• Oportunidades- Possibilidade de formação em serviço;- População alvo que justifica a intervenção.
<ul style="list-style-type: none">• Pontos fracos- Irregular cumprimento da circular normativa nº09/DGCG de 14/06/2013;- Inexistência na unidade de protocolo de uso de opióides no tratamento da dor;	<ul style="list-style-type: none">• Ameaças- Dificuldade no acesso a alguns opióides fortes;- Mitos e preconceitos associados aos opióides fortes;

Quadro 9. Análise DAFO

Objetivos

- Sensibilizar os profissionais – médicos e enfermeiros para a importância da avaliação global da dor e do seu tratamento;
- Elaborar protocolos e respetiva divulgação.

Ações a curto, médio e longo prazo

Curto prazo

- Realização de ações de sensibilização aos cuidadores;
- Realização de ações de sensibilização aos profissionais.

Médio prazo

- Elaboração de protocolo de controlo/tratamento da dor com opióides fortes;
- Implementação do uso de escalas para avaliação da dor.

Longo prazo

- Aplicação de protocolos;
- Avaliação.

INDICADOR

Critérios/Princípio

Os profissionais de saúde deverão estar sensibilizados para o sofrimento e redução da qualidade de vida provocados pela dor não controlada, bem como para as alterações que contribuem para a perpetuação do fenómeno doloroso. A dor não controlada, por si só, leva ao descontrolo de outros sintomas originando sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e família. Como tal, pretendemos analisar a relação entre o número de doentes em tratamento com opióides e o número de doentes com dor intensa a moderada.

Título

Utilização dos opióides para o controlo da dor, segundo as recomendações da OMS.

Justificação

Os doentes com doença incurável, progressiva e avançada apresentam frequentemente dor moderada a grave. A dor seja ela aguda ou crónica, oncológica ou não oncológica é um problema universal gerador de sofrimento, incapacidade, descontrolo de outros sintomas e diminuição da qualidade de vida. Parece-nos imprescindível o conhecimento das recomendações da OMS para a utilização dos opióides no controlo da dor pois só assim, poderemos assegurar cuidados de elevada qualidade. Será essencial a aplicação de protocolos e a sua posterior avaliação para controle da qualidade, tendo como meta o controlo da dor, a manutenção da qualidade de vida e dignidade.

“O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo igualmente um fator decisivo indispensável para a humanização dos cuidados de saúde” – circular normativa nº11 – DSCS-DPCD de 18/06/2008.

Fórmula

$$\frac{N^{\circ} \text{ de doentes a fazerem opióides segundo as recomendações da OMS}}{N^{\circ} \text{ total de doentes com dor moderada a grave}} \times 100$$

Definição de termos

Utilização de opióides segundo as recomendações da OMS – Segundo as recomendações da OMS os opióides são os fármacos de eleição para o controlo da dor moderada a grave. As regras de utilização baseiam-se na escada analgésica de três degraus, em que no degrau intermédio estão incluídos os opióides designados por fracos e no topo os opióides fortes.

No processo do doente deverá constar a avaliação sistemática da intensidade da dor (uso de escalas), a terapêutica instituída (segundo as recomendações da OMS) e a reavaliação (segundo as normas existentes).

Fontes de dados

Consulta e análise de processos informáticos e individuais dos doentes.

Tipo

Indicador de qualidade do processo – análise mensal.

Standard

Pretende-se que exista um *standard* de 80% de doentes a fazer opióides segundo as recomendações da OMS.

Comentários

Não se excluí nenhuma situação.

7.1 - Planeamento e execução

As ações desenvolvidas foram as que se projetaram a curto prazo. A sessão de formação foi planeada de acordo com as necessidades que os profissionais de saúde mais evidenciaram, foram unânimes em relação ao controlo eficaz da dor em doentes com doença grave e evolutiva.

A pertinência de uma ação de formação com conteúdos de CP nas equipas de CSP é justificada pelo facto destas terem uma ligação privilegiada com os doentes que apresentam doença crónica, progressiva e incurável, são as que estão mais próximas e acessíveis a estes doentes. O Ministério da Saúde preconiza a intervenção dos CSP junto dos grupos populacionais com o intuito da promoção e proteção da saúde das populações, da pessoa dependente e família, no domicílio, para prevenção ou palição de problemas concretos (M.S., 2007). No planeamento da sessão encontram-se os objetivos da mesma e os conteúdos apresentados.

Difundir a filosofia e os valores dos CP nas equipas de CSP torna-se essencial para que as populações não sejam privadas do seu direito a receber esses cuidados; o inadequado tratamento da dor que na nossa prática profissional surge frequentemente é o reflexo de que nem todos os doentes têm acesso a cuidados de qualidade.

Convidar os profissionais de saúde do Lar D. Bárbara Tavares da Silva surgiu com o objetivo de disseminar a filosofia dos CP na nossa comunidade, é uma instituição que presta cuidados a pessoas idosas, maioritariamente dependentes com doenças crónicas e progressivas. A instituição tem a seu cargo o lar residencial e a UCCI da RNCCI. O propósito é conseguir estimular os profissionais de saúde e comunidade em geral para a prática de cuidados adequados e proporcionados baseados nos princípios dos CP.

7.1.1 - Plano de Formação

Planeamento da sessão

A realização de uma formação sobre o tema: “ Avaliação e Alívio da Dor” aos profissionais de saúde da UCSP de Penamacor alargada aos profissionais do Lar D. Bárbara Tavares da Silva de Penamacor, foi uma formação em serviço realizada em conjunto com a colega de mestrado – M^a da Graça Rocha da Fonseca, que exerce funções como médica na mesma ULS embora numa unidade diferente. O plano da formação encontra-se no apêndice VI, convite aos profissionais no apêndice VII, os ofícios enviados encontram-se no apêndice VIII e os diapositivos utilizados no apêndice IX.

Pertinência do tema

O tema da dor foi escolhido após uma análise sumária das características dos nossos doentes em que as patologias crónicas surgem como as mais frequentes, para além de outros problemas inerentes a estas patologias, o que assume maior evidência é a dor. Averiguámos também a opinião dos profissionais (médicos e enfermeiros) que trabalham na UCSP de Penamacor concluindo que a maior dificuldade que encontram quando confrontados com doentes em situação de doença crónica, progressiva e incurável é o controlo eficaz da dor, o que origina nestes profissionais sentimentos de frustração e angústia, reconhecendo que a dor não tratada/controlada causa grande sofrimento ao doente e aos que o rodeiam incluindo os profissionais de saúde que o acompanham. Para os próprios doentes é o sintoma mais temido, num estudo realizado pelo OPSS (2013) a dor foi referida como a principal preocupação para 36% dos Portugueses.

Em Portugal estima-se que 60% da mortalidade se deva a doenças crónicas e evolutivas como o cancro, insuficiência de órgão e doenças neurológicas progressivas (PNC, 2004). Como consequência desta realidade é frequente surgirem na nossa prática clínica doentes com sintomatologia direta ou indiretamente relacionada com essas patologias que contribuem para a presença de sofrimento e diminuição da qualidade de vida. Se morrer com dignidade pode ser resultado de morrer com autonomia e controlo sobre os sintomas (OPSS, 2013) precisamos de proteger os nossos doentes de uma má prática e promover a correta avaliação da dor, a sua prevenção e trata-la de forma eficaz quando ela existe.

Pereira (2006) menciona como causas básicas para o não tratamento da dor barreiras relacionadas com os doentes e família, barreiras relacionadas com o sistema de saúde e barreiras relacionadas com os profissionais de saúde. As barreiras relacionadas com os profissionais de saúde podem ser vencidas através da formação, a formação em serviço representa sempre um contributo valioso. A pertinência de uma ação de formação com conteúdos de CP nas equipas de CSP é justificada pelo facto destas equipas terem uma ligação privilegiada com os doentes que apresentam doença crónica, progressiva e incurável, uma vez que são as que estão mais próximas e acessíveis a estes doentes. O Ministério da Saúde preconiza a intervenção dos CSP junto dos grupos populacionais com o intuito da promoção e proteção da saúde das populações, da pessoa dependente e família, no domicílio, para prevenção ou palição de problemas concretos (M.S., 2007).

Atualmente os CP são reconhecidos como um direito humano baseado na qualidade de vida do doente e família; pela escassez de equipas de CP encontramos muitos doentes que não beneficiam de cuidados especializados, por isso o compromisso dos CSP se torna tão

importante. Segundo a OMS, o envolvimento dos CSP é um processo fundamental para tornar a prática dos CP mais precoce, acessível e global. No nosso país encontra-se em vigor um plano nacional de cuidados paliativos (PNCP) aprovado por despacho do MS, a 29 de Março de 2010, assim foi publicada a 5 de Setembro de 2012, a lei de bases dos CP que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos a estes cuidados.

Difundir a filosofia e os valores dos CP nas equipas de CSP torna-se essencial para que as populações não sejam privadas do seu direito a receber esses cuidados; o inadequado tratamento da dor que na nossa prática profissional surge frequentemente é o reflexo de que nem todos os doentes têm acesso a cuidados de qualidade.

O programa nacional de controlo da dor (PNCdor), insere-se no âmbito do PNS 2004-2010 e tem como objetivos gerais a redução da prevalência da dor não controlada na população portuguesa e a melhoria da qualidade de vida dos doentes com dor. Apesar da importância e preocupação refletida em vários documentos dirigidos aos profissionais e instituições sobre este tema – em 2003, a Direção Geral da Saúde (DGS) por circular normativa reconhece a dor como o 5º sinal vital. A Ordem dos Enfermeiros em 2008 reitera a avaliação da dor como essencial para o seu alívio e controlo, recomendando várias linhas orientadoras para a sua avaliação. A realidade mostra-nos que em CSP, a dor é um sintoma muitas vezes subvalorizado, mal avaliado e raramente registado. A avaliação da dor deverá ser uma preocupação transversal a todos os profissionais de saúde, de todas as áreas, e deverá assentar em estratégias e seguir alguns critérios.

Da correta avaliação da dor dependerá o sucesso do tratamento e controlo da dor, este imprescindível para a prevenção e diminuição do sofrimento, a principal preocupação dos CP, assim como a avaliação e controlo de outros sintomas; que deverá ser regular e sistemática, constituindo um padrão de boa prática. O MS pelo despacho nº 24480/2008 encara o controlo da dor como prioritário no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, acrescentando que é um fator decisivo para a humanização dos cuidados. A avaliação é importante para classificar a dor e traçar um adequado plano terapêutico que pode ser alterado sempre que se justifique. O controlo da dor exige, na maioria das vezes uma abordagem de largo espectro (Twycross 2003); incidiremos sobre o uso de opióides segundo a OMS, tendo sempre em conta todos as formas e estratégias para o tratamento da dor.

Entidade formadora

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias inserida no Instituto Politécnico de Castelo Branco, no âmbito do 2º Mestrado em Cuidados Paliativos

Tema

Avaliação e Alívio da Dor.

Formadores

M^a da Graça Rocha da Fonseca – médica, assistente graduada em clínica geral em funções na ULS de Castelo Branco.

Mónica Alexandra Monteiro Ramos – enfermeira graduada, exercendo funções na UCSP de penamacor.

Destinatários

Profissionais de saúde: médicos e enfermeiros da UCSP de Penamacor e Lar D. Bárbara Tavares da Silva, num total de 17 formandos.

Objetivos gerais

- Divulgar os princípios, valores e filosofia dos CP;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da avaliação, monitorização e controlo da dor;
- Melhorar os registos sobre a avaliação da dor.

Objetivos específicos

Que no final da sessão, os profissionais de saúde fossem capazes de:

- Definir os conceitos da dor e compreender a necessidade da sua avaliação;
- Descrever as medidas farmacológicas para o tratamento da dor;
- Conhecer as vias de administração de fármacos e as vantagens da via subcutânea.

Estratégias/Metodologia

Método expositivo oral direto com visualização de imagens (*Power Point*), com recurso à participação direta dos formandos, tendo em conta os seus conhecimentos sobre o tema, motivações e capacidades.

Recomendação de bibliografia sobre o tema.

Indicadores de Avaliação

Adesão e participação dos profissionais.

Avaliação verbal pelos formandos, revelando aspetos positivos e negativos.

A dor não controlada é um sintoma que gera grande sofrimento no doente e nas pessoas que o rodeiam e o cuidam, origina sentimentos de frustração e angústia nos profissionais e mais preocupante o flagelo do próprio doente. A melhoria da qualidade de vida do doente passa pela prestação de cuidados específicos e adequados. Pretendeu-se que através da formação e oferta de conhecimentos, os profissionais prestem cuidados de qualidade ao doente em CP e que seja um contributo para a mudança em atitudes terapêuticas.

7.2 - Dor - análise do tema

A dor tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes pelo sofrimento que lhe é associado e pela limitação que provoca na atividade diária. A dor está presente em 50% dos doentes oncológicos, e em fase final de vida atinge uma prevalência de 75% a 85% (Pereira,2006; Gonçalves,2013).

Conceito

A dor é de difícil definição, sendo descrita: *“como um conceito abstrato que se refere a sensações, estímulos. Há também uma emoção de dor, para além da sensação de dor”*(Sternbach citado por Karb, 1999, p.303).Pela sua subjetividade é impossível termos a noção precisa da dor que o outro sente. Sapeta (2007) refere que a dor é uma experiência

única, íntima e pessoal pelo que é impossível conhecermos de forma exata a dor de outra pessoa. A IASP (2006) define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. Na CIPE VERSÃO 2 (International Council of Nurses, 2010, p.50) encontramos: *“Aumento da sensação desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo do pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”*. Para Twycross (2003:83): *“Dor é aquilo que o paciente chama sofrimento”*. Cicely Saunders (1996) referiu-se ao conceito de **dor total**, entendendo-a como o sofrimento global que a pessoa em termo de vida apresenta, pois todas as dimensões da pessoa (física, psicológica, social e espiritual) estão afetadas pela doença. Twycross (2003) considera útil pensar em termos de dor total devido à sua natureza multidimensional que engloba os aspetos referidos por Cicely Saunders, e Serrão (2005) afirma que o cuidado paliativo emerge deste conceito. Concluimos que a dor é sempre uma experiência física e emocional.

Etiologia e origem

A dor pode ter várias etiologias, para Pimenta e Ferreira (2006) a dor pode ocorrer devido ao próprio cancro (46% a 92%), 12% a 92% das vezes relaciona-se com o cancro; 5% a 20% com o tratamento anti tumoral e 8% a 22% com distúrbios concomitantes. A dor oncológica pode resultar de invasão óssea (metástases), invasão do sistema nervoso central, infiltração do sistema nervoso periférico e acometimento de partes moles (músculos). A dor como consequência do tratamento anti tumoral está relacionada com a dor pós-cirurgia, pós-radioterapia e pós-quimioterapia. As dores relacionadas. As dores relacionadas com distúrbios concomitantes referem-se a afeções dolorosas que os doentes já apresentavam antes do cancro ou mesmo durante a vigência do cancro.

Classificação da dor

- **Duração**

A dor pode ser definida numa base temporal como: **aguda** (início bem definido) ou **crónica** (persiste pelo menos há mais de três meses), distingue-se ainda a **dor episódica** (Simões, 2011) que por sua vez se diferencia em **dor irruptiva** que é caracterizada pela exacerbação momentânea da dor crónica controlada; em **dor incidental**, uma variante da dor irruptiva mas que tem um fator desencadeante (Gonçalves, 2013) e em **dor de final de dose** que surge quando o efeito de um analgésico de ação prolongada não é mantido ao longo da duração esperada (Kazanowski e Laccetti, 2005).

- **Mecanismos de ação**

Quanto aos mecanismos de ação, temos a **dor nociceptiva** e a **dor neuropática**, a dor nociceptiva aplica-se à dor crónica associada a dano tecidual causado por lesões somáticas ou viscerais (**somática** ou **visceral**). Para Gonçalves (2013,p.20) *“A dor neuropática é sustentada pelo processamento aberrante somatossensorial”*.

Pimenta e Ferreira (2006), consideram que a dor oncológica pode ser nociceptiva, neuropática e **mista**. Também para estes autores a **dor nociceptiva** inclui a dor visceral e

somática em que a lesão é identificável ou seja, corresponde a um dano tecidual. A dor somática tem um início insidioso, normalmente é constante e localizada (o doente identifica a localização da dor), é descrita pelos doentes como uma dor aguda ou tipo moinha, desencadeada pela mobilização e normalmente aliviada com repouso. A dor visceral é resultado da invasão ou distensão de uma víscera, podendo ter a sua origem em diversos processos patológicos que ocorrem em órgãos internos: estômago, vesícula biliar, intestino e bexiga. A sua localização é indefinida, pressão vaga, percebida como constrictiva ou em cólica. A **dor neuropática** está relacionada com a existência de processos somatossensoriais anormais no sistema nervoso central e/ou periférico. É causada por lesão total ou parcial do sistema nervoso central, do periférico ou de ambos. É descrita pelo doente como “formigueiro” ou queimadura, é uma dor lancinante, tipo choque elétrico.

- **Intensidade**

Em relação à intensidade temos três categorias: **ligeira, moderada e severa**. A DGS (2003), com base numa escala qualitativa classifica-a da seguinte forma: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa e dor máxima. Na fase avançada do cancro a dor pode aumentar de intensidade tornando-se muitas vezes insuportável. Grande parte dos doentes com dor oncológica vai sentir dor permanente com flutuações na intensidade e distribuição ao longo do tempo (Pereira, 2006).

- **Localização da dor**

A dor no doente oncológico pode ter uma localização variada. A maioria dos doentes apresenta dor em mais que um local e originada por diferentes mecanismos (Pimenta e Ferreira, 2006). É importante o registo da localização da dor.

- **Avaliação da dor**

Para Gonçalves (2013:21) “é indispensável acreditar na dor que o doente diz ter”, o autor apresenta-nos um quadro orientador para avaliação correta da dor e recomenda a administração de analgésicos enquanto se procede à avaliação da dor.

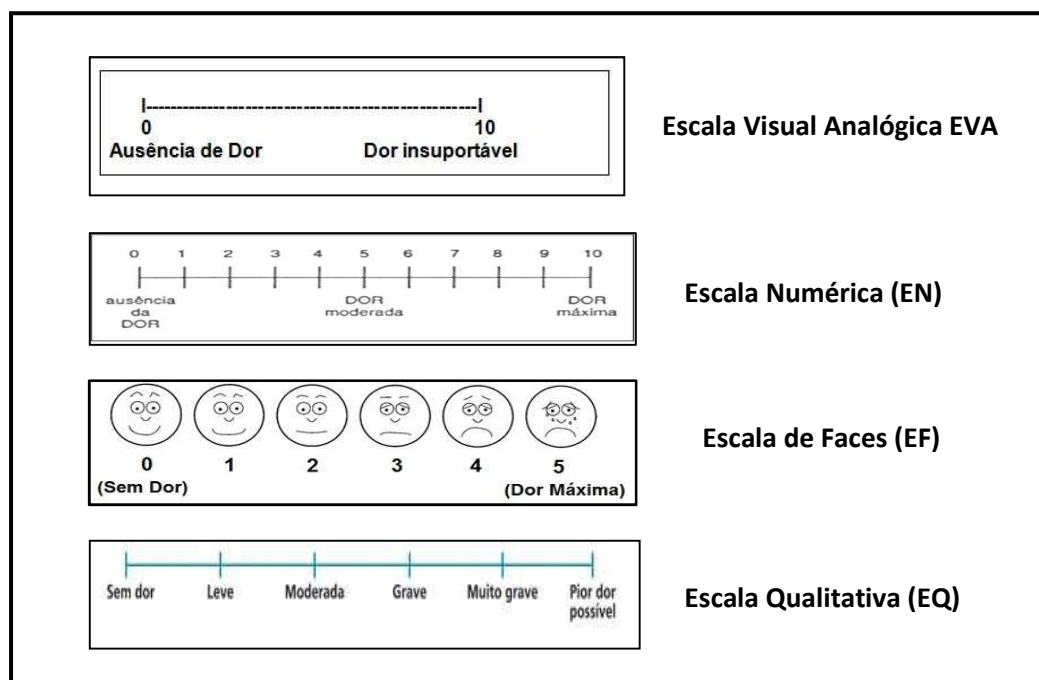
1. Acreditar no doente
2. História completa da dor (localização, qualidade, fatores de alívio, fatores de exacerbação, padrão temporal, sintomas e sinais associados, interferência com a atividade, resposta à terapêutica anterior)
3. Avaliar o estado psicológico do doente (ansiedade, depressão, tratamento psiquiátrico prévio, dependência do álcool ou drogas)
4. Exame físico incluindo o neurológico
5. Meios complementares de diagnóstico
6. Estabelecer a terapêutica
7. Avaliar a resposta ao tratamento
8. Reavaliar a situação

Quadro 10. Avaliação da dor, adaptado de Gonçalves, 2013, p.22

A avaliação da dor deverá assentar em estratégias e seguir alguns critérios, como é recomendado pela OE (2008:15-16):

- 1 - Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor.
- 2 - Acreditar sempre na pessoa que sente dor.
- 3 - Privilegiar o autorretrato como fonte de informação.
- 4 - Avaliar de forma regular e sistemática, desde o primeiro contato, pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com os protocolos da instituição.
- 5 - Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros:
 - a) Exame físico;
 - b) Descrição das características da dor: localização, qualidade,
 - c) Intensidade, duração, frequência;
 - d) Formas de comunicar a dor/expressões de dor;
 - e) Fatores de alívio e de agravamento;
 - f) Estratégias de *coping*;
 - g) Implicações da dor nas atividades de vida;
 - h) Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor;
 - i) Sintomas associados;
 - j) Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.
- 6 - Escolher instrumentos de avaliação da dor tendo em conta o tipo de dor, idade, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, escala de quantificação comparável, facilidade de aplicação e experiência de utilização noutros locais.
- 7 - Avaliar a intensidade da dor utilizando instrumentos de autoavaliação, considerando a ordem de prioridades:
 - Escala Visual Analógica (EVA)
 - Escala Numérica (EN)
 - Escala de Faces (EF)
 - Escala Qualitativa (EQ)
- 8 - Assegurar a compreensão das escalas de autorrelato pela pessoa/cuidador principal/família, após o ensino.
- 9 - Avaliar a dor nas crianças pré-verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais.
- 10 - Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança.
- 11 - Ensinar a pessoa/ cuidador principal/ família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação.
- 12 - Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.

Apesar de a dor ser subjetiva deve ser avaliada, quantificada e registada a intervalos regulares (Pereira, 2006), desta forma servirá de indicador da resposta ao tratamento e para orientação de planos terapêuticos futuros. Os instrumentos utilizados para avaliação da dor incluem o uso de escalas, como já referenciado anteriormente, apresento em quadro as escalas para avaliação da dor recomendadas por vários autores e pela OE.



Quadro 11. Exemplo de escalas para avaliação da dor

Tratamento farmacológico da dor

A dor oncológica, na sua maioria, pode ser controlada por tratamento farmacológico, apenas cerca de 10% a 20% dos doentes não responde bem ao tratamento analgésico convencional (Gonçalves, 2013). A OMS instituiu uma abordagem simples que se pode resumir em cinco frases (Pereira, 2006; Gonçalves, 2013):

- Pela boca - A via oral deve ser a de eleição, segundo Gonçalves (2013) aquando esta recomendação, ainda não existiam os transdérmicos. Mas o importante é saber que na maioria dos casos não é necessário recorrer a fármacos injetáveis e que o tratamento deve ser o mais simples possível. A via subcutânea é a alternativa mais utilizada.
- Pelo relógio - Os analgésicos devem ser administrados a horas certas e não apenas quando a dor se instala. Os intervalos devem respeitar a farmacocinética dos fármacos. As doses de resgate devem ser previstas mas não devem ser a base do tratamento.
- Pela escada - Pela escada (ver fig. 2), seguir as recomendações da OMS que descreveu uma abordagem degrau a degrau para selecionar o analgésico de acordo com a intensidade da dor.
- Para o indivíduo - As doses devem ser adequadas ao indivíduo em particular de acordo com as doses que ele necessita para controlar a sua dor.
- Atenção aos detalhes - Relacionado com aspetos práticos, por exemplo ter em atenção os horários para não perturbar os períodos de sono.

Ainda para Pereira (2006) deve-se evitar demora no tratamento, permitir doses extras de resgate para dor irruptiva e não esquecer outros problemas físicos, psicológicos, espirituais e sociais que o doente possa apresentar.

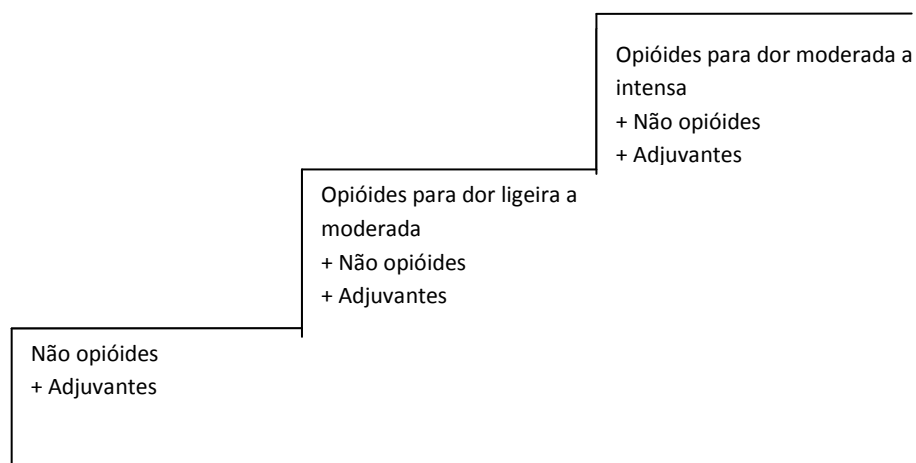


Figura 2. Escada analgésica da OMS, adaptado de Gonçalves, 2013, p.28

O **primeiro degrau** da escada corresponde aos **analgésicos não opióides** e são indicados no tratamento da **dor ligeira**, fazem parte deste degrau os fármacos: paracetamol, os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) e os salicilatos. O paracetamol tem atividade analgésica e antipirética, a dose usual é de 1 gr a cada seis horas com um limite máximo recomendado de 6 gr/dia. Os AINE têm uma atividade anti-inflamatória, analgésica e antipirética, existe um efeito teto para a analgesia.

Quando a **dor ligeira a moderada** não é controlada pelos fármacos anteriores, avança-se um degrau na escada – **opióides fracos**. A Codeína, a Diidrocodeína, o Dextropropoxifeno e o Tramadol constituem este **segundo degrau** da escada. Quando se inicia o tratamento com um fármaco deste grupo, o não opióide que estava em curso, do degrau anterior, em geral, mantém-se. Deste grupo destaco o **Tramadol**, é um opióide mas também um inibidor da norepinefrina e da recaptção da serotonina que contribuem para a sua ação analgésica. Encontra-se disponível em diversas formulações. É bem absorvido por via oral, com uma biodisponibilidade de 75% em dose única e 90% em doses múltiplas, por este motivo não é necessário alterar a dose quando se passa da via oral para a subcutânea ou vice-versa (Gonçalves, 2013). Por via oral utiliza-se na dose de 50 a 100 mg cada 4 a 6 horas (Pereira, 2006; Gonçalves, 2013) em cápsulas de libertação normal ou em gotas. As fórmulas de libertação modificada usam-se cada 8-12 horas, disponíveis em comprimidos ou cápsulas, os comprimidos têm que ser administrados intactos, as cápsulas podem ser abertas e administradas por sondas. As fórmulas retais utilizam-se nas mesmas doses e intervalos que as formas orais de libertação normal. As fórmulas injetáveis podem-se utilizar por via intramuscular, endovenosa e subcutânea, esta última a indicada em CP. A dose máxima recomendada é de 400 mg/ dia.

O **terceiro degrau** da escada destina-se ao tratamento da **dor moderada a intensa**. Utiliza **opióides fortes**, estão incluídos: a Morfina, a Buprenorfina, a Oxiconona, a Hidromorfona, a Metadona, o Fentanilo e o Tapentadol.

A **Morfina** continua a ser o opióide de eleição deste grupo, não por ser mais eficaz que os outros, mas por razões de familiaridade, disponibilidade e custos (Gonçalves, 2013). A via oral é a mais simples e recomendável. Existe nas formas orais: solução oral de libertação normal, comprimidos de libertação normal e comprimidos e cápsulas de libertação normal. É um alcaloide natural do ópio.

Morfina de libertação normal	Morfina de libertação modificada
<ul style="list-style-type: none"> -Forma de eleição para iniciar o tratamento -Pico plasmático dentro de 1 hora -Duração de ação cerca de 4 horas -Dose inicial: 5 mg (se não fazia opióides; 10 mg (se fazia opióides) 	<ul style="list-style-type: none"> -Mais adequada para tratamento de manutenção -Pico plasmático entre as 2 e 4 horas -Duração de ação cerca de 12 horas -10 a 30 mg de 12/12 horas -Dose diária – formas de libertação normal -Comprimidos devem ser administrados intactos, as cápsulas podem ser abertas -não usar em SOS nem na dor aguda

Quadro 12. Características da MLN e MLM, Adaptado de Gonçalves, 2013, p. 38

Não existe dose limite para a morfina, o limite é o controlo da dor ou o aparecimento de efeitos tóxicos intoleráveis. Para determinar a dose eficaz Gonçalves (2013) indica a prescrição de uma dose a cada quatro horas, ao mesmo tempo que se permitem doses extras iguais para a dor irruptiva, tão frequentes quanto necessário até um intervalo mínimo de uma hora. Se após as 24 horas a dor não estiver controlada, a dose deve aumentar-se em 30% a 50%, processo que se repete até controlo satisfatório da dor. A manutenção faz-se com uma preparação de libertação modificada. Quando se muda de uma forma de libertação normal para uma forma de libertação modificada num doente estável devemos ter em atenção a hora da mudança para evitar um intervalo demasiado grande entre as duas. Se houver perda da via oral, a via de predileção será a via subcutânea (se não existirem contra-indicações), ao passar-se para esta via, a dose total diária deverá ser reduzida para metade.

O **Fentanilo** é um opióide sintético, cerca de 100 vezes mais potente que a morfina, existe em fórmula Transdérmica, é bem tolerado (podem ocorrer reações cutâneas locais menores), a sua absorção é praticamente igual no tórax, abdómen e coxas, estas áreas devem ser rodadas a cada aplicação. A área onde se aplicar deve ter pele íntegra e não deve ter pelos (se não houver alternativa, cortá-los com uma tesoura antes da aplicação). Pelo seu atraso no início da analgesia, esta forma não deve ser empregue na determinação da dose terapêutica, deve iniciar-se o tratamento com morfina oral ou parental fazendo depois a conversão usando as tabelas para esse fim, a dose de morfina que vinha a usar deve ser mantidas durante as 12 a 24 horas na primeira aplicação para se manter analgesia. A indicação é que a unidade de Fentanilo seja mudada a cada 72 horas.

O **Tapentadol** é um opióide forte de ação central que combina dois mecanismos de ação numa só molécula: agonista do recetor μ -opióide (MOR) e inibição da recaptção da noradrenalina (NRI). Assim, estes dois mecanismos contribuem para o efeito analgésico do Tapentadol de uma forma complementar – o agonismo do MOR é eficaz na dor nociceptiva e a NRI adapta-se bem ao tratamento da dor crónica, especialmente à dor neuropática. Para conhecer melhor este fármaco foi realizada uma revisão sistemática da literatura apresentada no capítulo cinco.

Em simultâneo com os fármacos da escada da OMS podem se utilizar os analgésicos adjuvantes, são substâncias que têm indicações primárias para além da dor, mas que têm propriedades analgésicas (Pereira, 2006). São exemplos os antidepressivos, anticonvulsivos,

corticoides, bifosfonatos, antagonistas da N-Metil-D-Aspartato (NMDA), neurolépticos, baclofeno e radioterapia.

Efeitos secundários induzidos por opióides

Os opióides podem produzir diversos efeitos colaterais, os mais comuns são a obstipação, as náuseas, vômitos e a sonolência, geralmente o doente desenvolve tolerância a estes efeitos com o uso contínuo à exceção da obstipação.

- A sonolência é usual e frequente no início do tratamento, mas na maioria dos doentes desaparece em alguns dias.
- As náuseas e vômitos geralmente também se resolvem espontaneamente após alguns dias, normalmente ocorrem por dois mecanismos: diminuição da motilidade gástrica e a estimulação direta da zona de gatilho quimio-recetora (CTZ), podendo se recorrer à utilização da Domperidona, Haloperidol e Metoclopramida.
- A obstipação deve ser tratada profilaticamente, normalmente utiliza-se um estimulante do peristaltismo como o sene ou o psicossulfato de sódio, pode-se adicionar um amolecedor de fezes.

Podem também ocorrer xerostomia, tonturas, sudação, cefaleias, rubor facial, bradicardia, taquicardia, palpitações, hipotensão ortostática, hipotermia, alterações do humor, diminuição da libido, miose. Nos doentes mais idosos, pode ocorrer retenção urinária. O efeito potencialmente mais grave dos opióides é a depressão respiratória, ocorre normalmente em doentes que nunca tomaram opióides associando-se a outros sinais de depressão do Sistema Nervoso Central (SNC), no entanto desenvolve-se rapidamente tolerância a este efeito, de forma que na dor crónica raramente ocorre depressão respiratória, a dor funciona como antagonista fisiológico dos efeitos depressores do SNC e da depressão respiratória.

7.3 - Avaliação da formação

A formação decorreu no dia 24 de abril pelas 15 horas na biblioteca do Centro de Saúde de Penamacor. Estiveram presentes todos os médicos (exceto um em período de férias) e todos os enfermeiros (à exceção de um também em período de férias). Os administrativos também foram convidados e estiveram presentes. Dos profissionais do lar por motivos inerentes ao serviço apenas permitiram a presença de dois elementos, um enfermeiro e a técnica de nutrição. No total estiveram presentes 18 profissionais. A sessão foi realizada por mim e pela colega de mestrado, decorreu num ambiente sereno e informal, pois somos uma equipa em que os elementos já se conhecem e trabalham há muitos anos, talvez por isso tenha sido muito participada, praticamente todos cooperaram e participaram ativamente, existiu a oportunidade para colocarem questões, dúvidas e opiniões. Os indicadores para a avaliação da sessão selecionados foram a adesão e participação dos profissionais e a avaliação verbal pelos formandos, revelando aspetos positivos e negativos. Podemos afirmar que a avaliação é positiva, todos os elementos que trabalham na UCSP de Penamacor, à exceção dos elementos em período de férias, estiveram presentes. Todos participaram e a discussão prolongou-se para além do período da sessão. Os colaboradores do lar D. Bárbara T. da Silva não foram muito participativos, mas expressaram o seu agrado e o interesse por esta área, posteriormente por contacto telefónico o Diretor do Lar manifestou

disponibilidade para se efetuar na instituição uma sessão dentro da mesma temática. Infelizmente por motivos profissionais ainda não foi possível, mas ficou programado para quando surgir essa oportunidade.

A formação pretendia sobretudo sensibilizar os profissionais para a necessidade de uma intervenção mais eficaz junto do doente com dor não controlada e remover as barreiras existentes que impedem o uso de opióides segundo as recomendações da OMS, agradavelmente os profissionais manifestaram a sua preocupação não só com este sintoma mas com todos os outros que acompanham os doentes em situação de doença grave e em final de vida. É comum a dificuldade em orientar estes doentes para outros serviços e também difícil cuidar sem os meios técnicos e humanos adequados. Há uma preocupação crescente para com estes doentes e com as suas famílias, sobretudo porque o número de doentes com doença crónica e evolutiva aumentou, as famílias nem sempre estão aptas a cuidarem dos seu familiares em situação de doença grave e incurável, e no sistema não existem respostas rápidas e eficazes, são os médicos e enfermeiros dos CSP que mais sentem esta realidade e com mais dificuldades se deparam. Sentimos que a formação permitiu aos profissionais expressarem a sua intenção de investir em cuidados adequados e conscientes das dificuldades. Para complementar a formação foi disponibilizado material de leitura⁹ contendo informações sobre o tema que ficou na sala de enfermagem.

8 - Conclusão

A realização da prática clínica no contexto do Mestrado em CP proporcionou-me uma experiência pessoal e profissional incontestavelmente enriquecedora. Permitiu-me a consolidação de conhecimentos teóricos, a aquisição de competências técnicas e científicas na área dos CP. Penso que foi importante para me aproximar dos princípios orientadores e da filosofia dos CP, na medida que gerou mudanças essenciais quer a nível da perspetiva perante a pessoa com doença incurável e progressiva, quer a nível da atividade assistencial junto destes doentes e famílias. Como enfermeira há 18 anos em contexto de CSP, tenho presenciado o sofrimento dos doentes e famílias que vivenciam a doença incurável, progressiva e debilitante, muitas vezes desamparados, principalmente no que diz respeito ao controlo de sintomas, destacando-se a dor. Ao mesmo tempo que os profissionais se debatem com o sentimento de impotência perante estas situações. O ideal, e que não se verifica no meu contexto profissional, é que fosse possível a assistência paliativa no domicílio, pois é no domicílio que os doentes mais beneficiam dos cuidados onde lhes é possível o convívio com a família, amigos, religião ou o que lhes for mais importante. O facto de realizar a prática clínica noutro país permitiu-me observar as diferenças assistenciais do mesmo modo que reconheci nas famílias e comunidade uma grande valorização dos CP. A Prática Clínica permitiu-me observar, utilizar e aperfeiçoar técnicas específicas. Foi importante ver a atuação da equipa nas componentes essenciais dos CP, nomeadamente controlo de sintomas, apoio á família, comunicação adequada e trabalho em equipa. A ESCP de CR será sempre uma referência pela forma como está organizada e desempenha as suas funções, para mim representou um

⁹ Twycross, R.- Cuidados Paliativos. 2ª Ed.Climepsi Editores.2003

Barbosa, A.; Neto,I. - Mnaual de Cuidados Paliativos. 1ª Ed.Faculdade de Medicina de Lisboa.2006

Programa Nacional de CP.DGS.2004

Programa Nacional do Controlo da Dor. DGS.2008

Guia de CP - SECPAL

período marcante nesta fase profissional, possibilitou a consolidação dos conhecimentos adquiridos na parte teórica e apreender os pressupostos da filosofia dos CP. Considero que toda a prática clínica constituiu um momento de aprendizagem e valorizo todas as suas componentes mas a área que representou maior importância para mim foi a comunicação e apoio à família. Tendo sido noutra país, o idioma revelou-se uma barreira, nem sempre foi fácil acompanhar o ritmo da equipa, no entanto, poder assistir ao seu desempenho tornou possível compreender a importância de uma comunicação eficaz e compreender que é necessário treino e experiência. O apoio à família é parte integrante dos CP, de facto, doente e família são uma unidade a cuidar e todas as decisões são tomadas nesse sentido. Como refere Twycross (2003) a satisfação da família aumenta as possibilidades da satisfação do próprio doente. A doença de um ente querido e possibilidade da sua perda causa sofrimento e alterações na família, é um momento delicado e exigente, representa um momento de ajuste complexo. Guarda, Galvão e Gonçalves (2006) citando Sancho e Martin (1999) referem que a doença de um membro da família é também uma doença familiar em que os efeitos do sofrimento e da dor se refletem em todos. A família tem que lidar com o sofrimento da perda, reorganizar-se e assumir a prestação de cuidados globais ao doente o que representa um desgaste físico e emocional delicado. O apoio à família é tão valorizado pelos CP que não termina quando o doente morre, os cuidados à família são planeados também para além da morte.

Em síntese, os CP são a resposta aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, não são dirigidos apenas ao diagnóstico e prognóstico mas às necessidades de cada doente e família. A sua missão é prevenir o sofrimento e garantir a máxima qualidade de vida possível aos doentes até ao final das suas vidas, assim como às suas famílias. São dirigidos não só aos doentes oncológicos, mas a todos os doentes em situação de doença crónica, evolutiva, incapacitante e incurável, como doentes com SIDA, insuficiência de órgão (cardíaca, respiratória, hepática, renal), doenças neurológicas degenerativas graves ou demências. Não são exclusivos a idosos, mas adultos, adolescentes e crianças. As equipas de CP são equipas multidisciplinares que assistem o doente reduzindo o seu sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, garantindo-lhes os cuidados adequados à sua situação, durante o tempo necessário e até ao fim. Englobam a família nos cuidados, com o propósito da redução do risco de luto patológico nos familiares ou pessoas que cuidam do doente. Assentam em princípios e quatro pilares fundamentais: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa.

Os procedimentos clínicos na medicina paliativa são os mesmos da prática clínica em geral, no entanto, como refere Neto (2006), os objetivos dos CP são o bem-estar e o conforto do doente, o que prevê não recorrer a exames complementares de diagnóstico se não for importante para o alívio de sintomas ou o controlo de situações potencialmente reversíveis. Os CP não visam abreviar ou prolongar a vida, não estão centrados na doença e sim nas necessidades do doente. A missão da medicina paliativa é assegurar o conforto, a dignidade e a qualidade de vida do doente e da sua família. A equipa deve explicar o impacto das decisões e indicar alternativas. Nesta fase, a comunicação mantém-se como instrumento fundamental para garantir o respeito pela autonomia e o direito às escolhas do doente, que podem passar pela suspensão de determinados tratamentos e procedimentos. Interromper a quimioterapia, não realizar exames complementares de diagnóstico, suspender a hemodiálise, não entubar ou aplicar técnicas invasivas são exemplos de decisões difíceis para o doente e para os familiares, mas o doente tem direito a elas. Os procedimentos a adotar devem ter em conta o

benefício que trazem ao doente, devem ser proporcionados de acordo com as suas necessidades.

A prestação de cuidados de qualidade é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, nós, enfermeiros temos uma responsabilidade acrescida pela relação privilegiada que mantemos com doentes e famílias, somos os profissionais que mais tempo acompanham o doente o que pressupõe uma atenção e avaliação constantes de todos os sintomas e situações indesejáveis, prevenindo as complicações e antecipando os cuidados. É importante mantermo-nos atualizados e informados através de formação contínua a fim de adquirir e atualizar conhecimentos.

Chegando quase ao término deste percurso julgo ter atingido os objetivos traçados no projeto de preparação à prática clínica e possuir as competências necessárias que me propus adquirir, baseadas na adenda ao regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

O projeto de intervenção desenvolvido no meu serviço foi uma oportunidade de difundir a filosofia e pressupostos do CP. Os CP são conhecidos de todos, no entanto, ainda existem alguns mitos, nomeadamente em relação aos opióides, desconhecimento das patologias a que são dirigidos e o momento de introdução destes cuidados. A discussão e reflexão em conjunto com os profissionais, conduziram à conclusão que existe uma preocupação presente em relação ao doente em sofrimento, da mesma forma que revelaram que a falta de recursos humanos, técnicos e as lacunas no sistema de saúde dificultam a assistência adequada aos doentes com doença incurável, progressiva e debilitante, principalmente na presença de dor e fase terminal. Constatei que a formação em serviço representa um papel imprescindível para alteração de comportamentos e aperfeiçoamento profissional e que é valorizada pelos profissionais. A adesão dos profissionais à sessão bem como o momento de partilha que proporcionou foi muito gratificante. Estou convicta que a valorização dos CP passa pela sua divulgação junto dos profissionais de saúde, famílias e comunidade em geral, da mesma forma que desenvolvemos ações de educação para a saúde noutras áreas deveríamos também fazê-lo em relação aos CP. As minhas perspetivas pessoais e profissionais futuras passam evidentemente pelo desejo de trabalhar e prestar cuidados na área dos CP, no entanto, devido à atual conjuntura política, social e económica não me parece que seja possível. Não constituirá motivo para não colocar em prática os conhecimentos que adquiri apesar das limitações inerentes ao contexto onde desenvolvo a minha atividade profissional. O Mestrado determinou um momento de crescimento e mudança na minha prática clínica. Considerar doente e família como unidade a cuidar, investir na comunicação adequada, prestar cuidados tendo em conta todas as dimensões da pessoa, dirigir os cuidados ao doente e não centrá-los na doença e sobretudo manter atenção nos pormenores representam maior importância e considero que devem estar presentes em todas as situações da nossa prática profissional diária. Assim como promoveu uma transformação pessoal. Inevitavelmente existiram momentos de reflexão ao longo deste percurso, surgiram questões de vária natureza (éticas, filosóficas, existenciais e espirituais). Assistir o doente e família na situação de doença grave e terminal transforma-se num momento de verdadeira aprendizagem sobre o valor da vida e constitui uma excelente oportunidade para repensar a nossa própria vida, reformular os nossos objetivos e tentar viver de forma mais intensa e profunda.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A.M. & Silva, I.M.R. (2004). Reflectindo sobre a comunicação com o doente oncológico. *Nursing*, nº 193, p. 20-21.
- Azevedo, P. (2006). Dispneia. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (177-187). Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.
- Baile, W. *et al* – Spikes (2000). A six-step protocol for delivering bad news: Application to *the patient with cancer*. *The oncologist*. Vol.5, Nº4. p. 302- 311. ISSN 1542-4863.
- Barbosa, A. & Neto, I. G. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.
- Bernardo, A., Rosado, J. & Salazar, H. (2006). Trabalho em equipa. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (463-484). Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.
- Buckman, R. A. (2005). Breaking Bad News: The S-P-I-K-E-S Strategy. *Psychosocial Oncology* Vol. 2, Nº2 March/ Abril, p. 138-142. ISSN 1548-5315.
- Capelas, M., L. & Neto, I. G. (2006). Organização de serviços. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (485-510). Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.
- Capelas, M. L. (2009). Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*, Vol.2, nº1, p. 51-57. ISSN 1647-0559.
- Capelas, M. L. (2010). Equipas de Cuidados Paliativos Domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal. *Cadernos de Saúde*, Vol.3, Nº 2, p. 21-26. ISSN 1647-0559.
- Cardoso, A. (2013). *Manual de tratamento da dor*. Lisboa. Lidel, Edições técnicas Lda. ISBN 9789727578696.
- Cerqueira, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra. Edição Formasau – Formação e Saúde, Lda. ISBN 972-8485-49-2.
- Cobos, F. M. et al (2002) Atención a la familia. *Atención Primaria*. Vol.30, nº9, Novembro, p. 576- 680. ISSN 0212-6567.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar: a primeira arte da vida*. 2ª Ed. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-53-3.
- Cortés, C.C., López, A.P. & Sancho G.M., Vicuña,M.N. (2009). *Manual de Medicina Paliativa*. Pamplona. Eunsa. 2009. ISBN 8431326530.
- Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, *Diário da República nº 109 – 1ª série – A*. Governo de Portugal.
- Despacho nº 10429/2014 de 12 de Agosto. *Diário da República 2ª Série - nº 154*. Governo de Portugal.
- Ellershaw, J; Wilkinson, S. *et al*. (2003). *Care of dying, a palliative excellence*. New York: OPxford University Press. ISBN 0-19-850933-2.
- Ferro, A. (1999). *Na rota da Pedagogia*. Lisboa. Edições Colibri. ISBN: 972-772-069-2.
- Gómez, B. et al (2004). *Manual de control de sintomas en pacientes com câncer avanzado e terminal*. Ed. Arán. Espanha. ISBN 978-84-95913-40-1.

Gómez B. (2005). *Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos*. Arán. ISBN 84-95913-66-6.

Gonçalves, E., Melo, G., Costa, I. & Neto, I. (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol.23, p. 207-464.

Gonçalves, J. F. (2009). *A Boa Morte: Ética no fim de vida*. Lisboa. Coisas de Ler Edições. ISBN 978-898-8218-21-6.

Gonçalves, J. F. (2013). *Controlo de sintomas no cancro avançado*. Lisboa. 2ª Ed. Coisas de Ler Edições. ISBN 978-989-8218-50-6.

Gonçalves, M. J., Rosado, J., Custódio, M.P. (2006). Anorexia/Caquexia. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (167-174). Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.

Grünenthal (2010). *Monografia do Produto Tapentadol*.

Guarda, H., Galvão, C., Gonçalves, M.J. (2006). Apoio à família. . In A. Barbosa, I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (453-460). Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.

ICN, International Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Geneva. ISBN 92-95040-36.

Karb, V. (1999). Dor. In Phipps, W. J. et al. *Enfermagem medico- cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Vol. 1. 6ª Edição. Loures. Lusodidacta. ISBN 972-621-932-9.

Kazanowski, M. K. & Laccetti, M. S. (2005). *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica e Tratamento*. Rio de Janeiro. Editora Nova Guanabara. ISBN 9788527710756.

KÜBLER-ROSS, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. 7ª Edição. S. Paulo. Livraria Martins Fontes Editora Lda ISBN 85-336-0496-3.

Lei nº 52/2012 de 5 de Setembro. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República 1ª Série – Nº 172. Governo de Portugal.

Magalhães, J. C. (2005). Comunicação em cuidados paliativos – Transmissão de más notícias. *Servir*, vol.53 – nº5 (Set./Out.). p. 219-225. ISSN 0871-2370.

Mancini, M. C. & Sampaio, R. F. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para Síntese Criteriosa da Evidência Científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, Vol. XI, nº1, (Jan./Fev.), p.83-89.

Melo, M. L. (2004). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures. Lusociência. ISBN 978-972-8383-86-2.

Muñoz Cobos, F., Espinosa Almendro, J.M., Portillo Strempell, J. & Benítez del Rosário, M.A.(2002). *Atención a la familia*. Atención Primaria. Vol.30, nº 9, Nov. p. 576-580. ISSN 0212-6567.

NETO, I. G. (2003). A conferência Familiar como instrumento de apoio à família em Cuidados Paliativos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, vol.19, nº1, p. 68-74.

Pacheco, A., Matos, L. & Madureira, M. (2006). Obstipação. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (147-154). Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspetiva Ética*. Loures. Lusociência. ISBN 972-46-1198-1.

Pereira, J.L. (2006). Gestão da dor oncológica. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (61-102). Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.

Pereira, S. (2010). *Cuidados Paliativos: confrontar a morte*. Lisboa. Universidade Católica Editora. ISBN 978-972-54-0279-5.

Pimenta, C. & Ferreira, K. (2006). *Dor no doente com cancer*. Brasil, Editora Manole, Lda, ISBN 85-204-2403.

Programa Marco (2002). *Cuidados Paliativos*. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura.

Querido, A. & Bernardo, A. (2006). Náuseas e vômitos. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (115-129). Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.

Querido, A. & Guarda, H. (2006). Hidratação em fim de vida. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (309-318). Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.

Querido, A. Salazar, H., Neto, I. G. (2006). Comunicação. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (357-37) Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.

Resolução do Conselho de Ministros nº 129/2001 de 17 de Agosto. Plano Oncológico Nacional 2001-2005. *Diário da República N.º 190 - 1ª Série - B*. Governo de Portugal.

Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. Loures. Lusociência. ISBN 978-972-8930-69-1.

Sancho, G. (1999). *Cómo dar las malas noticias*. Madrid. 2ª Ed. Áran. ISBN 84-86-725-39-9.

SFAP-Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. (200). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Loures. Lusociência, Ed Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-17-7.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-093-6.

WHO (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. Geneva, 2ª Edição. ISBN 924154557-7.

WEBGRAFIA

Aguiar, H. (2012). *Os Cuidados Paliativos nos Cuidados de Saúde Primários – O desafio para o século XXI*, disponível em: <http://www.apmgf.pt/ficheiros/rpmgf/v28n6a/v28n6a09.pdf> [acedido a 31/10/2013 às 19h]

Alves, M., Jardim, M., Freitas (2012). *O sofrimento do doente oncológico em situação paliativa*, disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a12.pdf> [acedido a 21/10/2014 às 20h]

Associação Nacional de Cuidados Paliativos. (2006). *Formação de Enfermeiros em CP* disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf [acedido a 5/12/2013 às 23h]

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – *Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos* em: <http://www.apcp.com.pt/diretivasrecomendaesapcp/crit-rios-de-qualidade-para-unidades-de-cuidados-paliativos.html> [acedido a 02/06/2013]

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – *Recomendações para a implementação/organização de serviços de Cuidados Paliativos*, disponível em: <http://www.apcp.com.pt/diretivasrecomendaesapcp/recomendacoes-parimplementacao-organizacao-de-servicos-de-cuidados-paliativos.html> [acedido a 20/08/2014 às 22h]

Barbosa, A. (2003). *Pensar a morte nos cuidados de saúde. Análise social*, vol. XXXVIII (166), 35-49, disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218737559Q5dRD9fa3Zz85OZ8.pdf> [acedido a 30/10/2013 às 20h.15m]

Capelas, M. L.; Coelho, S.P.F. (2014). *Pensar a organização de serviços de Cuidados Paliativos*. Revista Cuidados Paliativos, vol.1,nº1-março, disponível em: <http://www.apcp.com.pt/revistacuidadospaliativos/revista-cuidados-paliativos-volume-1-n-1-marco-2014.html> [acedido a 01/04/2014]

Carneiro, R. (coord.) (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade*. Centro de estudos dos povos e culturas de expressão Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica, disponível em: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf [acedido a 29/11/2014 às 03h]

Carvalho, S.; Botelho, M.A.(2001). *Os Cuidados Paliativos no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários: As intervenções dos Enfermeiros*, disponível 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) [acedido a 10/10/2014 às 01h.30m]

Costa, C., Santos, C., Alves, P., Costa, A. (2007). *Dor oncológica*, disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/pne/v13n6/v13n6a07.pdf> [acedido a 24/10/2013 às 17h]

Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social, disponível em: www.rncci.min-saude.pt [acedido a 28/10/2013 às 22h]

DGS, Direcção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa nº 09/DGCG de 14 de Junho, *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Ministério da Saúde*, disponível em: <http://www.esscvp.eu/Portals/0/Dor%205%C2%BA%20Sinal%20Vital%20Circular%20Normativa%20DGS.pdf> [acedido a 30/10/2013]

DGS, Direcção-Geral da Saúde. (2004).Circular Normativa nº 14 de 13 de Julho. *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*, disponível em:[http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf) [acedido a 20/08/2014 às 20h]

DGS, Direcção-Geral da Saúde (2008). Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD de 18 de Junho, *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Ministério da Saúde, disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008.aspx> [acedido a 12/09/2014 às 15h]

Diário da República: Declaração de Retificação Nº848/2014, disponível em: http://www.sg.minsaude.pt/NR/rdonlyres/A110CE464BE86B31314C3/39325/retificacao848_2014.pdf [acedido a 28/11/2014 às 02h.08m]

EAPC (2013). *Competências Centrais em CP: Um guia orientador da EAPC sobre Educação em Cuidados Paliativos*, disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=jtSAxBB-azI%3D> [acedido a 5/12/2013 às 23h.19m]

Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010, disponível em <http://pns.dgs.pt/2011/02/02/indpns/> [acedido a 1/11/2013 às 22h.15m]

Guia dos Cuidados Paliativos – SECPAL, disponível em: www.secpal.com [acedido a 30/10/2013 às 23h.55m]

Harlos, M. (2005). *Decision Making in Palliative Care – A guide to approaching care choices*. Manitoba: Faculdade de Medicina da Universidade de Manitoba, disponível em : http://palliative.info/resource_material/DecisionMaking.pdf [acedido a 20/09/2013 às 02h]

Higginson, I.J., Constantini, M. (2008). *Dying with cancer, living well with advanced cancer*, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18342501> [acedido a 20/04/2014 às 20h]

INFARMED – Resumo das características do medicamento. *Fentanilo*, disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=42599&tipo_doc=rcm [acedido a 10/08/2014 às 01h.30m]

Instituto Nacional de Estatística (INE), disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao [acedido a 14/08/2014 às 23h]

Journal of the Royal Society of Medicine (2001). *The Evolution of Palliative Care*, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1282179/> [acedido a 29/9/2014 às 22h]

Koenig, H. (2000). Religion, spirituality and medicine: application to clinical practice. *JAMA*, Vol. 284, nº13 (Out.). p. 1708, disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1843381> [acedido a 10/12/2014 às 2h]

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of Comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, Vol. 49, nº 2 (Marc./Abr.), p. 86-92, disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655401435986> [acedido a 10/12/2014 às 2.30 h]

Lemos, A. (2001). *Cuidados Paliativos: O olhar de uma graduanda de Enfermagem*, disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2011-1-09.pdf> [acedido a 23/10/2013 às 21h]

Marques, A.L. (2014). *História dos Cuidados Paliativos em Portugal*. Revista Cuidados Paliativos, vol. 1, nº1, disponível em: <http://www.apcp.com.pt/revistacuidadospaliativos/revista-cuidados-paliativos-volume-1-n-1-marco-2014.html> [acedido a 01/04/2014]

Ordem dos Enfermeiros. CIPE versão 2011, disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx> [acedido a 20/09/2013 às 2h]

Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Ministério de Sanidad y Consumo. Madrid. 2000, disponível em:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PlanNacional.pdf> [acedido a 20/06/2014 às 22h]

Plano Nacional de Saúde 2012-2016, disponível em: <http://pns.dgs.pt> [acedido a 30/10/2013 às 20h]

Programa Nacional de Cuidados Paliativos, disponível em: www.portaldasaude.pt [acedido a 29/10/2013 às 21h.30m]

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011-2013. *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos*, disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf [acedido a 28/10/2013]

Relatório de Primavera 2013 - OPSS: *Duas faces da Saúde*, disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013.pdf> [acedido a 31/10/2013] [acedido a 1/11/2013 às 18h]

Ribeiro, A. L., Cardoso, A. (2007). *Dor: Um foco da Prática dos Enfermeiros*, disponível em: http://www.aped-dor.com/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0236605001294844876-403.pdf [acedido a 30/10/2013 às 01h]

Rocha, E. (2011). *Patologia oral nos doentes em cuidados oncológicos*. IPO do Porto, disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2607> [acedido a 20/7/2013 às 23h]

Sapeta, P. (2007). *Dor total versus sofrimento: a interface com os Cuidados Paliativos*, disponível em: www.aped-dor.com/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0236605001294844876-403.pdf [acedido a 30/10/2013 às 23h.45m]

Serrão, D. (2005). *Os Cuidados Paliativos*, disponível em: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=197> [acedido a 12/09/2014 às 21h]

Simões, A. (2011). *A dor irruptiva na doença oncológica*. Revista Dor, Vol. 12, nº2, S. Paulo, Abril/Junho, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132011000200014&script=sci_arttext [acedido a 14/09/2014 às 23h]

Thomaz, A. (2010). *Dor Oncológica: conceitualização e tratamento farmacológico*, disponível em: http://revistaonco.com.br/wpcontent/uploads/2010/11/artigo2_edicao1.pdf [acedido a 1/11/2013 às 23h]

WHO, World Health Organization (2004). *Palliative Care: Sympton management and end-of-life care*, disponível em: <http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/genericpalliativecare082004.pdf> [acedido a 12/11/2014 às 23h]

WHO, World Health Organization (2004). *The Solid facts. Palliative Care*, disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf [acedido a 25/10/2014 às 23h]


ANEXOS

ANEXO I - Formação Profissional em Cuidados Paliativos

Certificado de Formação Profissional

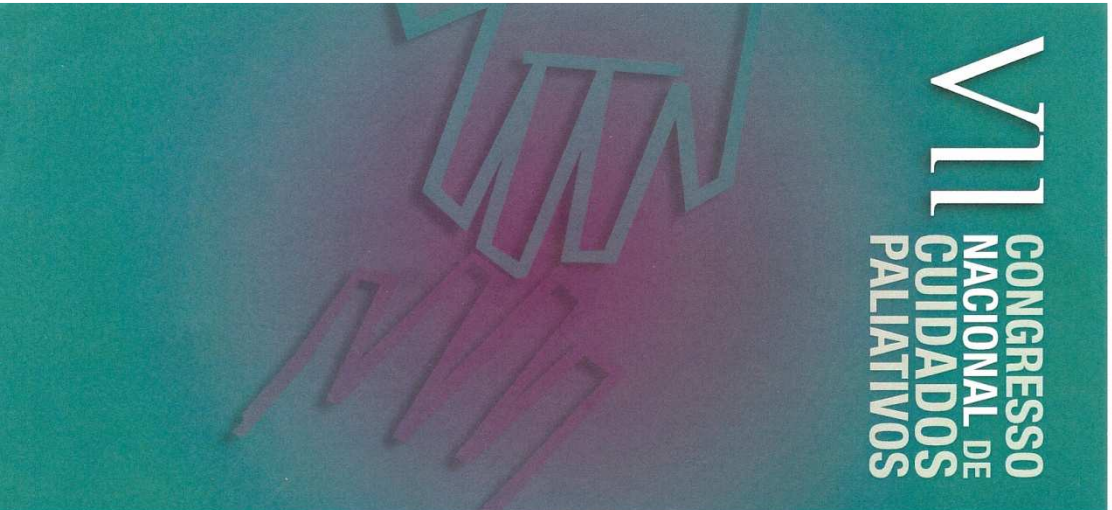
Certifica-se que Mónica Alexandra Monteiro Ramos natural de Penamacor nascida em 16/03/1973, com o N.º de Identificação Civil 10135617 válido até 23/10/2013, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Cuidados Paliativos, em 16/12/2013, com a duração de 30:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Cuidados Paliativos	30:00	

Castelo Branco  **COMPETIR**
Formação e Serviços, S.A.
O(A) Responsável pela **COMPETIR - Formação e Serviços, S.A. (Deleg. Castelo Branco)**
Av. de Espanha, N.º 17 R/CH DE
6000-032
Castelo Branco
(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 229/2013 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

ANEXO II - VII Congresso Nacional de Cuidados Paliativos



CERTIFICADO

Certificamos que,

MÓNICA ALEXANDRA MONTEIRO RAMOS

esteve presente no **VII Congresso Nacional de Cuidados Paliativos**, que decorreu nos dias 27-29 de Março de 2014, no Hotel Tivoli Carvoeiro, Carvoeiro.

Carvoeiro, 29 de Março de 2014

Prof. Doutor Manuel Luís Capelas
Presidente da Associação Portuguesa
de Cuidados Paliativos

ANEXO III - Seminário de Cuidados Paliativos Pediátricos



Certificado

Certifica-se que **MÓNICA ALEXANDRA MONTEIRO RAMOS** participou no *Seminário: Cuidados Paliativos Pediátricos*, organizado pela Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, realizado no dia 16 de maio de 2014, com a duração de **6** horas.
Castelo Branco, 16 de maio de 2014

Diretora

Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta
(Prof. Coordenadora)



ANEXO IV - Uso seguro de medicamentos em contexto de Cuidados Paliativos



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Consumo

Por el presente documento certifico que Dña. Mónica Alexandra Monteiro Ramos ha acudido a la ponencia titulada "Uso seguro de medicamentos en el contexto de Cuidados Paliativos" de una hora de duración, realizada en el Hospital Ciudad de Coria el día 21 de Mayo de 2014.

Para que así conste

En Coria, 22 de mayo de 2014



Fdo. Raúl Sánchez Posada
Coordinador del Equipo de Cuidados Paliativos de Coria

ANEXO V - Curso de Cuidados Paliativos Pediátricos



GOBIERNO DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Política Social

D^a CARMEN GALÁN MACÍAS,
Coordinadora de Formación del Área de Salud de Mérida,

CERTIFICA:

Que **D/D^a MONICA ALEXANDRA MONTERIO RAMOS**, con DNI n^o, ha asistido al Curso **“Cuidados Paliativos Pediátricos”**, celebrado en Mérida, el día 28 de mayo 2014, con un total de **3 horas y media lectivas**.

Y para que así conste y surta los efectos correspondientes, se firma el presente certificado en Mérida, a 28 de mayo de dos mil catorce.

Coordinadora Formación de Área


Fdo.: Dra. Carmen Galán Macías



APÊNDICES

APÊNDICE I - GUIA DOS CUIDADOS À BOCA



COLABORACIÓN



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

ADAPTADO

Guía de Cuidados Paliativos. SECPAL

ELABORADO POR:

Enfermera Kátia Marçal

Enfermera Mónica Ramos

ORIENTACIÓN:

Professora Paula Sapeta

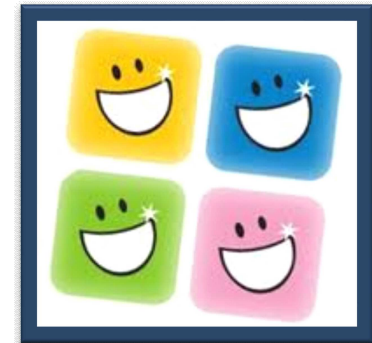
Professora Isabel Lourenço

Enfermera Sílvia Ramos

Enfermero António Fernandez

Dr. Raúl Sánchez Posada

EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS
PALIATIVOS HOSPITAL CIUDAD DE
CORIA



CUIDADOS DE LA BOCA

OBJETIVOS

- ✓ Prevención del dolor de boca.
- ✓ Mantener mucosa y labios húmedos, limpios, suaves e intactos - prevención de infecciones y proporcionar confort.
- ✓ Eliminar la placa bacteriana y restos alimentarios - evitar la halitosis.
- ✓ Mejorar la comunicación, el bienestar y la satisfacción de comer.
- ✓ Evitar el aislamiento social.



RECOMENDACIONES

- 1 - Sentar al enfermo, elevar el cabeceiro o la cabeza un poco para evitar que vaya a la vía respiratória.
- 2 - Higiene de después de las comidas con cepillo suave y enjuague normal.
- 3 - Si es necesario usar torunda para limpiar la boca y ayudar en la humidificación.
- 4 - Tentar de retirar las placas y restos de alimentos.
- 5 - Para evitar la formación de la placa bacteriana usar solución de clorhexidina 0.2% cada 12 horas.
- 6 -Lavar la prótesis dental.
- 7 - En caso de candidiasis oral usar solución de nistatina según las recomendaciones de su médico: 1 cucharada enjuagar durante 1-2 minutos y tragar. El yoghurt natural es eficaz y barato. La prótesis dental hay que limpiarla y sumergirla cada noche en solución de nistatina.
- 8 - En las úlceras dolorosas el uso de anestésicos locales antes de cada comida puede ayudar (lidocaína o topicaína en vaporizador).

9 - Halitosis por boca séptica y/o neoplasia oral - Enjuagues de povidona yodada conforme indicaciones del producto.

10 - Si placas o costras, hacer enjuague o torunda empapada en la siguiente solución: $\frac{3}{4}$ agua tibia+1 cucharadita de bicarbonato + $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada [$\frac{1}{2}$ vaso agua tibia + 1 cucharadita de bicarbonato cuando la placa no sea demasiado extensa]

→ mantener la solución en la boca 2 ó 3 minutos, a cada 4h solo durante 2 ó 3 días.

11 - Boca seca, para la humidificación: pequeños sorbos de agua, zumos de fruta con cubitos de hielo, 1l manzanilla con el zumo de un limón (anestésico y estimulante de la saliva), salivas artificiales a base de metilcelulosa, utilizarlos con frecuencia, según sea necesario.

12 - Usar crema hidratante (glicerina) para los labios. Barras de cacao.



APÊNDICE II - GUIA DE ALIMENTAÇÃO

PROPORCIONE UNA NUTRICIÓN ENRIQUECIDA

- Ponga en el yogur o la leche gelatina de frutas, galletas, pan, leche condensada, miel o frutas;
- Ponga en la sopa pan, mantequilla, margarina o aceite de oliva, queso, carne o pescado;
- Ponga en los alimentos mayonesa;
- Batidos de frutas a base de leche o yogur y servido fresco;
- Ponga leche de coco en la preparación de dulces como bizcochos, gelatinas, etc;
- Leche en polvo diluida en la leche normal;
- Tortillas con queso, carne o pescado;
- Carne o pescado trozos en el sándwich y ensaladas;
- Para aumentar la ingesta de líquidos – uso de cubitos de hielo, pulverizadores de agua, gelatinas, té azucarado, zumos, batidos etc¹.



¿ DÓNDE ACUDIR?

- ✓ Centro de Salud de su área de residencia;
- ✓ Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Ciudad de Coria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbosa, António; Neto, Isabel Galriça (2010). Manual de Cuidados Paliativos. Editor: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
2. Gonçalves, José F. (2013) Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. Editor: Coisas De Ler.
3. Twycross Robert (2003). Cuidados Paliativos. Editor: Ciempi;

ELABORADO POR

Enfermera Kátia Marçal
Enfermera Mónica Ramos

ORIENTACIÓN

Profesora Paula Sapeta
Profesora Isabel Lourenço
Enfermera Sílvia Ramos
Enfermero António Fernandez
Dr. Raúl Sánchez Posada

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
2º Máster en Cuidados Paliativos
Unidad: Práctica Clínica

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN: GUÍA PARA LOS CUIDADORES



Equipo de Cuidados Paliativos
Hospital Ciudad de Coria

Mayo, 2014

Comer y beber son funciones corporales básicas, consideradas como signos de salud. La incapacidad o dificultad de alimentarse e hidratarse, puede tener un profundo impacto físico y psicológico en el paciente y su familia¹.



En general, los pacientes en Cuidados Paliativos tienen alteraciones en su estado nutricional debido a su condición clínica¹.



En estas situaciones, el objetivo se basa en la promoción del bienestar y la mejoría de la calidad de vida de los pacientes con:

- El mantenimiento de la funcionalidad del paciente;
- El mantenimiento de placer y satisfacción en la alimentación y la hidratación;
- El confort del paciente².

CONSEJOS GENERALES

- Proporcionar un ambiente tranquilo y pacífico;
- No servir las comidas en horarios fijos;
- No realizar restricciones dietéticas en esta etapa;
- Conocer las preferencias alimenticias de los pacientes:
- Servir platos coloridos y comidas diversas;
- Servir comida en pequeña cantidad y frecuentemente;
- Aprovechar los momentos en que el paciente tiene deseo de comer;
- Evite las comidas calientes, picantes o ácidas;
- Estimular el apetito con un ejercicio ligero si lo tolera;
- Permanecer reposado y algo incorporado después de comer;
- Proponer la ingesta de un vaso de vino o cerveza durante la comida, para estimular el apetito;
- Use ropa holgada que no le oprima la cintura ni el abdomen.
- Proporcionar una alimentación enriquecida (ver a continuación)^{2e3}.



CONSEJOS ESPECÍFICOS

En los pacientes con dificultad para tragar:
• Preferentemente comida pastosa fría o templada^{2e3};

En los pacientes con sequedad de boca:
Aumentar la ingesta de líquidos (uso de cubitos de hielo, pulverizadores de agua, gelatinas, té, zumos, etc);
Preferentemente alimentos blandos o pastosos, estimulando la producción de saliva con comidas dulces o ácidas (caramelos de limón)^{2e3}.



En los pacientes con alteración del gusto:
Mejorar el sabor de los alimentos con especias, hierbas y salsas^{2e3}.

En los pacientes con náuseas y vómitos:
• Servir la comida en pequeña cantidad y frecuentemente (6 a 10 tomas). Preferentemente alimentos fríos o templados. Beber zumos e agua en pequeños sorbos y lentamente a lo largo del día.

APÊNDICE III - GUIA DA UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA



Orientación a cuidadores en la administración de fármacos por vía subcutánea

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

ELABORADO POR:
Enfermera Kátia Marçal
Enfermera Mónica Ramos

ADAPTADO:
Guia Clínica. Uso y recomendaciones de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos - Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, 2010.

ORIENTACIÓN:
Professora Paula Sapeta
Professora Isabel Lourenço
Enfermera Sílvia Ramos
Enfermero António Fernandez
Dr. Raúl Sánchez Posada



Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos
Hospital Ciudad de Coria

Via subcutánea:

Si utiliza para la administración de fármacos e hidratación.



Ventajas:

- ✓ Seguridad;
- ✓ Comodidad;
- ✓ Reduce el número de inyecciones;
- ✓ Eficacia;
- ✓ Permanecer en domicilio;
- ✓ Autonomía y movilidad;
- ✓ Participación de la familia.

Procedimiento



- Reunir el material necesario;
- Lavarse las manos;
- Aspirar el medicamento de la ampolla;
- Adaptar la jeringa al sistema;
- Introducir poco a poco;
- Introducir 0,5^{cc} de Suero Fisiológico al final para lavar el sistema.

Cuidados

→ Observar frecuentemente el punto de punción para detectar signos de alerta*;
→ Comprovar que el apósito que fija la palomilla está correctamente adherido;
→ Si tiene conectado al sistema un infusor, no tendrá que estar más elevado que el paciente. La parte que une el

infusor con la palomilla deberá estar en contacto con la piel. Protegerlo de la luz, si se le indica.

*Signos de alerta:

- Induración;
- Crepitación;
- Enrojecimiento;
- Dolor;
- Pequeños sangrados;
- Necrosis;
- Reflujo de medicación;
- Salida accidental de palomilla.



Si aparecen contactar:

Equipo de Atención Primaria.
Su enfermera de familia y seguir sus orientaciones.

APÊNDICE IV - PICOD DESCRITIVO DOS ESTUDOS UTILIZADOS NA RSL

Título 1- Tapentadol Prolonged Released for Severe Chronic Pain: Results of a Noninterventional Study Involving General Practitioners and Internists

	Intervenções	Resultados
Autores: Schwenke K. et al.	- Uso do Tapentadol para controlo da dor (em doentes oncológicos e não oncológicos)	- As doses médias de Tapentadol foram superiores no subgrupo de doentes com dor oncológica relativamente à população total do estudo.
Referência: Journal of pain & Palliative Care. Pharmacotherapy,2013.Early online: 1-10 Ano/País 2013/EUA	- Período de observação de 3 meses.	- A diminuição da intensidade da dor com Tapentadol entre o início e o fim do estudo foi similar entre o subgrupo da dor oncológica e a população alvo do estudo.
Participantes: 3134 dos quais 143 tinham exclusivamente dor oncológica intensa.		- No final do período de observação 38.5% dos doentes apresentavam Tapentadol como único tratamento analgésico.
Desenho: Estudo observacional prospectivo.		- Verificou-se uma redução da utilização de co-analgésicos.
Limitações: Não cumpriu as normas <i>standard</i> do protocolo de estudo.		- Verificou-se uma redução da utilização de tratamentos adjuvantes.
Comparações população total do estudo e o subgrupo com dor exclusivamente oncológica		

Título 2 - Tapentadol in cancer pain management – a prospective open label study

	Intervenções	Resultados
<p>Autores: Mercadante S. et al.</p> <p>Referência: Current Medical Research & Opinion. Vol.28.Nov. 11, 1-5</p> <p>Ano/País : 2002/ Itália</p> <p>Participantes: 50 doentes com cancro que nunca receberam terapêutica opióide e que apresentam dor moderada a grave.</p> <p>Desenho: Quantitativo. Estudo prospectivo aberto</p> <p>Limitações: 11 doentes descontinuaram o estudo.</p> <p>Comparações: Não existem</p>	<p>-Tapentadol de LP: início 50mg 2x/dia e titulação seguinte de acordo com a necessidade analgésica e tolerabilidade.</p> <p>- Morfina de LI 5mg para tratamento da dor irruptiva.</p> <p>- Terapêutica não opióide mantida.</p> <p>- Medicação adjuvante segundo necessidade.</p>	<p>- A intensidade da dor foi reduzida significativamente ao longo das 4 semanas do estudo.</p> <p>- A qualidade de vida segundo pontuação Spitzer aumentou significativamente.</p> <p>- Os efeitos adversos não variaram significativamente e foram considerados ligeiros.</p> <p>- Confirmou-se a reduzida necessidade de co-medicação com Tapentadol.</p> <p>- Índice de escalada de dose de Tapentadol baixo.</p>

Título 3 –Efficacy and safety of oral Tapentadol extended release for the management of moderate, chronic malignant tumor – related pain

	Intervenções	Resultados
<p>Autores: Kress Hans G. et al.</p> <p>Referência: Poster presented at the ASRA 11th annual pain medicine meeting, November 15-18 /2012</p> <p>Ano/País : 2012/EUA</p> <p>Participantes: Doentes oncológicos, adultos com idade igual ou superior a 18 anos, com dor > 5 (0-10)</p> <p>Desenho: Quantitativo. Estudo fase 3. Randomizado. Duplo cego vs Morfina</p> <p>.</p> <p>Limitações: descontinuação do tratamento no período de titulação e manutenção.</p> <p>Comparações: Eficácia e segurança do Tapentadol PR com a Morfina Pr, nas doses 100-250mg 2x/ dia e 40-100mg 2x/dia respetivamente.</p>	<p>Estudo duplo cego randomizado de fase 3. Fármacos utilizados:</p> <p>Placebo em 112 doentes</p> <p>Morfina em 109 doentes</p> <p>Tapentadol em 106 doentes</p>	<p>- O Tapentadol PR (100-250 mg 2x/dia) foi eficaz na gestão da dor oncológica moderada a grave.</p> <p>- O efeito analgésico do Tapentadol (100-250mg 2x/dia) não foi inferior ao da Morfina (40-100mg 2x/dia) e o Tapentadol esteve associado a menos efeitos secundários gastrointestinais que a Morfina.</p> <p>- O Tapentadol foi bem tolerado com uma baixa incidência de efeitos secundários, principal causa de interrupção terapêutica.</p> <p>- A relação das doses mais frequentes do Tapentadol e da Morfina foi consistente com o descrito anteriormente.</p>

Título 4 - Efficacy and Safety of Oral Tapentadol Extended Release in Japanese and Korean patients With Moderate to Severe, Chronic Malignant Tumor - Related Pain.

	Intervenções	Resultados
<p>Autores: Imanaka K. <i>et al</i></p> <p>Referência: Current Medical Research & Opinion Article FT - 0250.R1/831816, 1-11.</p> <p>Ano/País: 2013/Japão</p> <p>Participantes: 236 Doentes com mais de 20 anos (Japoneses e Coreanos), com dor moderada a severa que foram tratados com Tapentadol e Oxycodona - Estudo comparativo</p> <p>Desenho: Quantitativo. Estudo de caso. Fase 3. Randomizado. Duplo cego. Comparativo-Oxycodona.</p> <p>Limitações: Nem todos os doentes que iniciaram o estudo o concluíram.</p> <p>Comparações: Eficácia analgésica do Tapentadol e da Oxycodona.</p>	<p>- Os doentes receberam Tapentadol PR (25-200 mg 2x/dia) e Oxycodona (5-40 mg 2x/dia) por um período de 4 semanas num tratamento duplo cego.</p> <p>- 168 Doentes medicados com Tapentadol, destes 113 completaram o tratamento</p> <p>- 172 Doentes medicados com Oxycodona, destes 123 completaram o tratamento.</p>	<p>- O Tapentadol PR (25-200mg) fornece uma eficácia analgésica que não é inferior à oferecida pela Oxycodona na gestão da dor moderada a grave relacionada com o tumor maligno.</p> <p>- O Tapentadol é bem tolerado, tendo um perfil de tolerabilidade gastrointestinal melhor do que o da Oxycodona.</p>

Título 5 – Switching from Methadone to Tapentadol for cancer Pain – A case Report

	Intervenções	Resultados
Autores: Mercadante S. et al.	- Rotação de uma droga como a Metadona para um novo fármaco como o Tapentadol.	- Iniciou o tratamento com Tapentadol 100mg/dia e foi baixando as doses de Metadona progressivamente, sendo estas depois descontinuadas durante 3 dias. A dose de Tapentadol foi aumentada até 300mg/dia ao longo de 3 dias. No final da rotação a dor em repouso era de 2/10 (no início 8/10 em repouso).
Referência: Journal of pain and Sympton Management. Vol.44, nº3.		- Alta ao final de dois dias, com melhoria geral, diminuição de efeitos secundários e com dor controlada com 250 mg/dia de Tapentadol.
Ano/País: 2012/Itália		- O tratamento com o Tapentadol resultou num efeito global inesperado, reduzindo os efeitos adversos e proporcionando uma excelente analgesia.
Participantes: Uma mulher com 69 anos portadora de mieloma múltiplo com 10 anos de evolução.		
Desenho: Qualitativo. Estudo de caso.		
Limitações: À data do estudo, os dados relativos ao Tapendol no que respeita à conversão entre doses de opióides estavam totalmente indisponíveis.		
Comparações: Estudo comparativo com a Metadona.		

Título 6 - Tapentadol PR nella prática clínica oncológica

	Intervenções	Resultados
Autores: Constanzo R. et al.	- Introdução do Tapentadol para controlo da dor em sete doentes com doença oncológica que apresentavam dor.	- O Tapentadol mostrou ser eficaz independentemente do tratamento anterior e do tipo de dor (nociceptiva ou neuropática). - Não foram observadas interações farmacológicas ou efeitos secundários importantes mesmo em doentes tratados a longo prazo - Não se manifestou tolerância. - Tapentadol origina uma boa analgesia, ausência de efeitos secundários e melhoria da qualidade de vida em doentes com sobrevida longa.
Referência: Estratto da Terapia Evidence Based 2013. Vol.6, nº3		
Ano/País: 2013/Itália		
Participantes: 7 Doentes com diferentes tipos de tumor.		
Desenho: Estudo observacional prospectivo.		
Limitações: Número de doentes sete.		
Comparações: Doentes com doença oncológica de diferentes etiologias e com tratamentos farmacológicos diferentes.		

Título 7 – Treatment of cancer pain: Spanish society of Medical Oncology (SEOM) recommendations for clinical practice.

	Intervenções	Resultados												
<p>Autores: Virzuela J. A. et al.</p> <p>Referência: Clinical Guides in Oncology Clin Transl Oncology 14:499-504.</p> <p>Ano/País: 2012/Espanha</p> <p>Participantes Revisão sobre avaliação e tratamento da dor oncológica</p> <p>Desenho: RSL</p> <p>Limitações:</p> <p>Comparações: Tabela de conversão de opióides.</p>	<p>- Revisão sobre classificação, avaliação e tratamento da dor oncológica.</p>	<p>- O Tapentadol está inserido no grupo de opióides fortes. Tem um duplo mecanismo de ação MOR-NRI.</p> <p>- Parece desempenhar um papel importante no tratamento da dor complexa.</p> <p>- Tem um bom perfil de tolerância gastrointestinal.</p> <p>- Tabela de conversão de opióides:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Morfina oral</td> <td>40 mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Oxicodona oral</td> <td>20mg/dia</td> </tr> <tr> <td>.Oxicodona/Nalaxona oral</td> <td>20/10mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Hidromorfona oral</td> <td>4mg/dia</td> </tr> <tr> <td>Fentanilo TD</td> <td>12µg/h</td> </tr> <tr> <td>Tapentadol</td> <td>100mg/dia</td> </tr> </tbody> </table>	Morfina oral	40 mg/dia	Oxicodona oral	20mg/dia	.Oxicodona/Nalaxona oral	20/10mg/dia	Hidromorfona oral	4mg/dia	Fentanilo TD	12µg/h	Tapentadol	100mg/dia
Morfina oral	40 mg/dia													
Oxicodona oral	20mg/dia													
.Oxicodona/Nalaxona oral	20/10mg/dia													
Hidromorfona oral	4mg/dia													
Fentanilo TD	12µg/h													
Tapentadol	100mg/dia													

APÊNDICE V - PANFLETO DO LUTO

DUELO: ¿ QUÉ ES?



Es una reacción natural que resulta de una pérdida. Se trata de un evento estresante que puede conducir a una crisis personal o familiar. El duelo tiene que ocurrir para que se pueda resolver la pérdida.

Es un proceso emocional, físico, social intelectual, cultural y espiritual que afecta a los sentimientos, pensamientos y comportamientos^{1e3}.

SÍNTOMAS HABITUALES



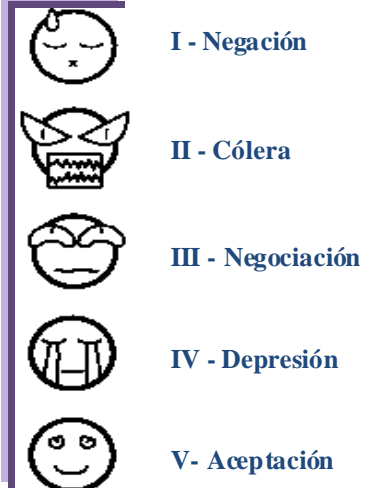
Durante el duelo diversos síntomas clínicos normales tienden a surgir, como se identifica en la Tabla 1:

M. Físicas	Opresión en el pecho o la garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, falta de energía, sequedad de boca, pérdida del apetito, insomnio, dolor de cabeza.
Emociones	Tristeza, enfado, culpa, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, anhelo, alivio, insensibilidad, confusión, cólera, depresión.
Comportamientos	Inquietud, llanto, agitación, fatiga, hiperactividad, suspiros, sueños con el fallecido, buscar y llamar al fallecido, evitar recuerdos del fallecido.
Pensamientos	Incredulidad, confusión, preocupación, depresión, sospecha, aislamiento social, alucinaciones breves y fugaces.

Tabla 1: Manifestaciones Clínicas Normales^{1e2}

ETAPAS DEL DUELO

El duelo es un proceso activo, multidimensional y personal que evoluciona a través de varias etapas³:



TAREAS EN EL DUELO



- 1ª – Aceptar la realidad de la pérdida;
- 2ª – Experimentar dolor emocional;
- 3ª – Adaptarse al ambiente en el que el difunto no está;
- 4ª – Invertir la energía emotiva en otras personas o relaciones;

5ª – Hacer todo lo que no quieres hacer, frustrando tu voluntad de aislamiento^{1,2 e 3}.

PRINCIPIOS DE APOYO EN EL DUELO

- ✓ Ayudar a comprender y aceptar la pérdida;
- ✓ Permitir la expresión de sentimientos y emociones;
- ✓ Recordar al difunto con naturalidad;
- ✓ Admitir diferencias individuales en el proceso de duelo;
- ✓ Identificar comportamientos anormales y pedir ayuda³.

SÍNTOMAS DE ALERTA

Si se identifica con alguno de los siguientes síntomas contacte un profesional:

- No expresa en absoluto la pena;
- Expresa la pena con la misma intensidad durante mucho tiempo;
- Incapacidad para desvincularse del fallecido;
- Incapacidad de recomenzar la vida sin el fallecido².

¿DÓNDE ACUDIR?

- ❖ Asociación Oncológica Extremeña (AOEX) – Delegación de Coria: teléfonos: 927501206 / 673925157;

- ❖ “Por ellos – Asociación Extremeña de Padres Que Han Perdido Hijos”, teléfono: 689340871;
- ❖ Centro de Salud de su área de residencia;
- ❖ Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Ciudad de Coria.

BIBLIOGRAFÍA

1.Twycross Robert (2003). Cuidados Paliativos. Editor: Cliempsi;
2.García, Carmen L.A; Martín, Teresa G.; Méndez, Rocío C. (2010). Guía Clínica. Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos. Editor: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura;
3.Barbosa, António; Neto, Isabel Galriça (2010). Manual de Cuidados Paliativos. Editor: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

ELABORADO POR:

Enfermera Kátia Marçal
Enfermera Mónica Ramos

ORIENTACIÓN:

Profesora Paula Sapeta
Profesora Isabel Lourenço
Psicólogo David Gomez Garcia
Enfermero António Fernandez
Enfermera Sílvia Ramos
Dr. Raúl Sánchez Posada

COLABORACIÓN ENTRE:

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
2º Máster en Cuidados Paliativos
Unidad: Práctica Clínica

DUELO: GUIA DE APOIO



Equipo de Cuidados Paliativos
Hospital Ciudad de Coria

Mayo, 2014



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



Serviço
Extremeño
de Saúde

APÊNDICE VI - PLANO DA FORMAÇÃO REALIZADA NA UCSP DE PENAMACOR

Plano da sessão

Tema:	Avaliação e controlo da dor farmacológico num contexto de CP
Formadores:	M ^a da Graça Fonseca e Mónica A. Monteiro Ramos
Destinatários:	Profissionais de saúde da UCSP-Penamacor e Lar D. Bárbara T.da Silva
Duração da sessão:	120 Minutos
Data:	24 de abril de 2014
Local:	Biblioteca da UCSP de Penamacor

Objetivos	Conteúdos	Tempo	Metodologia	Recursos
Conhecer os formandos, os formadores e o tema.	Apresentação dos formadores e formandos-introdução do tema.	15 Min.	Método expositivo/participativo	
Reconhecer a importância da avaliação da dor. Distinguir os diferentes tipos de dor.	Conceitos, tipo e classificação da dor.	25 Min.	Método expositivo	Escalas da dor PowerPoint
Compreender as principais medidas farmacológicas segundo a escada analgésica da OMS.	Tratamento farmacológico da dor: escala analgésica da dor segundo a OMS.	40 Min.	Método expositivo	PowerPoint
Identificar as vias de administração de fármacos e as alternativas à via oral.	Vias de administração em CP-alternativas à via oral.	20 Min.	Método expositivo	PowerPoint
Avaliar a qualidade e eficácia da formação.	Avaliação da sessão. Espaço aberto para discussão e interação dos formandos.	20 Min.	Método expositivo/participativo	

APÊNDICE VII - CONVITE AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ESTAREM PRESENTES NA FORMAÇÃO



CONVITE

Mª da Graça Fonseca e Mónica Ramos

Vêm por este meio convidar V. Ex^a a estar presente na sessão de formação subordinada ao tema "Avaliação e Alívio da Dor" que se realizará na biblioteca na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Penamacor no dia 24 de Abril pelas 15 horas.

APÊNDICE VIII - OFÍCIOS ENVIADOS AOS RESPONSÁVEIS DA UCSP PENAMACOR E LAR D. BÁRBARA TAVRES DA SILVA

Ex.^a Sr.^a Coordenadora da UCSP de Penamacor

M^a da Graça Rocha da Fonseca, médica, assistente graduada de clínica geral em funções na ULS-Castelo Branco e Mónica Alexandra Monteiro Ramos, enfermeira graduada a exercer funções nessa unidade; alunas do 2^o Mestrado em Cuidados Paliativos ministrado pela Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias no Instituto Politécnico de Castelo Branco, pretendem realizar uma sessão formativa no âmbito do referido Mestrado.

A sessão é subordinada ao tema “Avaliação e alívio da dor”, tem como objetivos gerais a sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da avaliação e alívio da dor nos doentes em Cuidados Paliativos, como forma de aumentar a qualidade de vida e conforto destes doentes, e que os profissionais adquiram e melhorem competências nesta área.

Assim, vimos por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para a realização da referida sessão formativa na sua instituição e respetiva divulgação junto dos profissionais.

Agradecemos desde já a Vossa atenção para este assunto e estamos disponíveis para qualquer esclarecimento de que necessite sobre o assunto supracitado.

Com os melhores cumprimentos,

Pedem deferimento,

M^a da Graça Rocha da Fonseca

Mónica Alexandra Monteiro Ramos

Penamacor, 15 de Abril de 2014

Ex^o Sr.^o Presidente do Lar D. Bárbara Tavares da Silva

M^a da Graça Rocha da Fonseca, médica, assistente graduada de clínica geral em funções na ULS-Castelo Branco e Mónica Alexandra Monteiro Ramos, enfermeira graduada a exercer funções nessa unidade; alunas do 2^o Mestrado em Cuidados Paliativos ministrado pela Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias no Instituto Politécnico de Castelo Branco, pretendem realizar uma sessão formativa no âmbito do referido Mestrado.

A sessão é subordinada ao tema “Avaliação e alívio da dor”, tem como objetivos gerais a sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da avaliação e alívio da dor nos doentes em Cuidados Paliativos, como forma de aumentar a qualidade de vida e conforto destes doentes, e que os profissionais adquiram e melhorem competências nesta área.

Assim, vimos por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para a divulgação da referida sessão formativa na sua instituição e respetiva divulgação junto dos profissionais médicos e enfermeiros, bem como a sua colaboração no sentido dos mesmos poderem assistir à referida formação.

Agradecemos desde já a Vossa atenção para este assunto e estamos disponíveis para qualquer esclarecimento de que necessite sobre o assunto supracitado.

Com os melhores cumprimentos,

Pedem deferimento,

M^a da Graça Rocha da Fonseca

Mónica Alexandra Monteiro Ramos

Penamacor, 15 de Abril de 2014

APÊNDICE IX - DIAPOSITIVOS UTILIZADOS NA APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO

CUIDADOS PALIATIVOS

“Não dão dias à vida mas dão vida aos dias”.



M^ª Graça Rocha
Mónica Ramos

Penamacor, Abril de 2014

Sumário

- Conceito dos Cuidados Paliativos
- Pilares dos Cuidados Paliativos:
 - ✓ Comunicação
 - ✓ Trabalho em equipa
 - ✓ Apoio à família
 - ✓ Controlo de sintomas
 - Dor: conceito, avaliação, alívio

Objetivos da sessão

- Conhecer os princípios, valores e filosofia dos CP.
- Reconhecer a importância da avaliação da dor.
- Distinguir os diferentes tipos de dor.
- Compreender as principais medidas farmacológicas, segundo a escada analgésica da OMS.
- Identificar as vias de administração de fármacos e as alternativas à via oral.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS C. PALIATIVOS



- Séc. XIX – grupos religiosos – cuidados gerais e caritativos
- ✓ Práticas de não abandono dos moribundos
- ✓ Amato Lusitano - "Centúrias de curas medicinais" (Florença 1551)
- ✓ Padre Francisco Pires da Costa – "Método prático de adm. Os sacramentos aos enfermos e assistir aos moribundos" – Lisboa 1815



SEC.XX

- ✓ Progressos na medicina
- ✓ Surgem mais doenças crônicas não transmissíveis
- ✓ Vive-se mais
- ✓ Negação da morte
- ✓ Instrumentalização da morte
- ✓ Cura de doenças-triunfalismo
- ✓ Morte = derrota dos profissionais, fracasso

Séc. XX – Dec. 60

Inglaterra-movimento Hospice

Dor total



“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.”

Cicely Saunders

“As melhores pessoas que nós encontramos são aquelas que conheceram a derrota, conheceram o sofrimento, conheceram a luta interna, conheceram a perda, e conseguiram se reafirmar. Estas pessoas têm uma apreciação, uma sensibilidade e um entendimento da vida, que lhes encham de compaixão, gentileza e piedade. Seres humanos de grandeza não aparecem por acaso.” Elisabeth Kubler-Ross, EUA

Estágios do morrer



“Verifiquei que enriquece abrir canais através dos quais os outros possam comunicar os seus sentimentos, a sua percepção do mundo”. Carl Rogers

Escuta ativa

Cuidados Paliativos Portugal

- Década de 90
 - 1992 – Unidade da dor do Fundão
 - 1994 – Unidade do IPO do Porto
 - 1996 – Equipa Domiciliária do CS de Odivelas

- 2004 – Programa nacional de C.Paliativos

- 2006 – rede nacional dos C.C.I.
 - Dec. – lei 106/2011

MODELOS DE ORGANIZAÇÃO

- Ações Paliativas – devem ser realizadas por qualquer profissional de saúde, devendo este possuir formação básica em C.P. - correspondem a medidas que integram os princípios e filosofia dos C.P., visando minorar o sofrimento.
- Cuidados paliativos gerais (nível I) – são cuidados prestados por profissionais com competências e conhecimentos em C.P., mas que não fazem desta área a sua principal atividade.
- Cuidados paliativos especializados (nível II) – são cuidados prestados por equipas cuja atividade fundamental e única é esta; está vocacionada para doentes mais complexos; todos os elementos da equipa têm que ter formação diferenciada; apoio efetivo 24 horas.
- Centros de excelência (nível III) – responsáveis por investigação, formação, desenvolvimento de novas técnicas, etc.

MLC-Março,2014

MODELOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

- 1 – Modelo de obstinação terapêutica
- 2 – Modelo de abandono
- 3 – Modelo do separado
- 4 – modelo integrado
- 5 – modelo cooperativo com intervenção nas crises

CUIDADOS PALIATIVOS: DEFINIÇÃO

- “Cuidados ativos e totais aos doentes e suas famílias, prestados por uma equipa multidisciplinar, quando a doença já não responde ao tratamento curativo e a sua expectativa de vida é relativamente curta”

R. TWYLCROSS

- “Cuidados que melhoram a qualidade de vida dos doentes afetados por problemas de saúde que ameaçam a vida e a sua família, através da prevenção e alívio do sofrimento pela compreensão e identificação precoce, avaliação e controlo da dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais”

O.M.S. 2002

PRINCÍPIOS DOS C.PALIATIVOS



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

PNCP – DGS, 2004

Resumindo...

- Dirigem-se mais ao doente que à doença;
- Aceitam a morte mas também melhora a vida;
- Constituem uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados;
- Preocupam-se mais com a reconciliação que com a cura;
- Não retiram a esperança mas não criam expectativas irreais;
- Previnem e tratam sintomas indesejáveis;
- Reduzem o sofrimento;
- Promovem a dignidade e a qualidade de vida;
- Não matam...permitem morrer.

COMUM – preservar a vida a qualquer custo

ALTERNATIVA – equilíbrio certo entre lutar pela vida e aceitar a inevitabilidade da morte

PILARES DOS C. PALIATIVOS



1 -COMUNICAÇÃO

“Comunicação é um processo dinâmico e multidirecional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensorio-perceptuais que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra”.

Neto, I. et al, Manual C.P, 2010

“A comunicação é um agente terapêutico muito poderoso”.

Aparício, M^ª-2012

Causas de comunicação deficiente

- Pouco treino dos profissionais
- Dificuldade em lidar com a sua própria mortalidade
- Receio de destruir a esperança
- Agenda médico ≠ Agenda do doente

COMPETÊNCIAS BÁSICAS DA COMUNICAÇÃO

- Escuta ativa
 - ✓ Ambiente
 - ✓ Preparar a informação a dar
 - ✓ Ter em atenção a agenda do doente
 - ✓ Posicionamento em relação ao doente
 - ✓ Perguntar antes de responder
 - ✓ ATENÇÃO LINGUAGEM NÃO VERBAL
 - Contato visual
 - Tom de voz
 - Expressão facial
 - Toque
 - Respeitar os silêncios

TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS

- Equilíbrio entre o dever de dizer sempre a verdade e a necessidade de não provocar qualquer dano ao doente.



PROTOCOLO DE BUCKMAN

1. Preparação
2. Perceber o que o doente sabe
3. Descobrir o que o doente quer saber
4. Informar (tiro de aviso)
5. Responder às emoções do doente
6. Planear o acompanhamento

CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO

“A conSPIRAÇÃO do silêncio torna-se uma fonte de tensão. Bloqueia a discussão aberta sobre o futuro e os preparativos para a separação. Se não for resolvida, é frequente que as pessoas em luto sintam grandes remorsos”.

Twycross, 2003

Desmontar a conSPIRAÇÃO do silêncio

- Os profissionais não devem compactuar
- Não dizer nada que o doente não queira saber
- Estabelecer os custos da conSPIRAÇÃO
- Conferência Familiar

RELAÇÃO DE AJUDA



2 – TRABALHO EM EQUIPA

“Os C. Paliativos são melhor administrados por um grupo de pessoas que **trabalham em equipa**”. Twycross, 2003

Médicos	Enfermeiros	Outros prof especializados
Assistente social		Capelão/padre/outro
Psicólogo		Voluntários
Fisioterapeuta		Coordenador de equipa

3 – APOIO À FAMÍLIA

- Comunicação com a família (informação)
- Envolvimento nos cuidados ao doente
- Planear o futuro
- Apoio no luto

Twycross, 2003

4 – CONTROLO DE SINTOMAS

- PRINCÍPIOS GRAIS
- ✓ Avaliar antes de tratar
- ✓ Explicar as causas dos sintomas
- ✓ Não esperar que o doente se queixe
- ✓ Adotar uma estratégia terapêutica mista
- ✓ Monitorizar os sintomas
- ✓ Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas

Manual C. Paliativos, 2010

SINTOMAS MAIS FREQUENTES EM C. PALIATIVOS

- **RESPIRATÓRIOS:** dispneia, tosse, hipersecreções brônquicas
- **DIGESTIVOS:** xerostomia, sede, halitose, disfagia, anorexia, dispepsia, vômitos, obstipação, diarreia
- **Outros sintomas:** *delirium*, depressão, tristeza, ansiedade, sonolência diurna, prurido, astenia, estertor, resp. ruidosa, desidratação

astenia e anorexia são os sint. mais prevalentes

DOR

70% dos doentes com doença oncológica têm dor e mais de 80% têm dor na fase terminal (Pina, Maio 2013)

DOR

“É uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (IASP, 2006)

“Dor é aquilo a que o paciente chama sofrimento”

Twycross, 2004

DOR TOTAL



MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

FACTORES QUE INFLUENCIAM O LIMIAR DA DOR

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• DIMINUEM O LIMIAR DA DORInsóniaCansaçoAnsiedadeTristezaDepressãoAbandono socialMal-estar<u>Conspiração do silêncio</u> | <ul style="list-style-type: none">• AUMENTAM O LIMIAR DA DORControlo de sintomasMelhoria da qualidade do sonoDescansoRelação empáticaAcompanhamentoDistraçãoSentido de humorRedução dos níveis de ansiedadeAnalgésicos, ansiolíticos, antidepressivos |
|--|--|

DIFICULDADES EM AVALIAR A DOR

- A dor é sempre subjetiva
- É difícil encontrar elementos objetiváveis (leva os profissionais a subestimar a dor)
- O doente é o melhor avaliador da sua dor

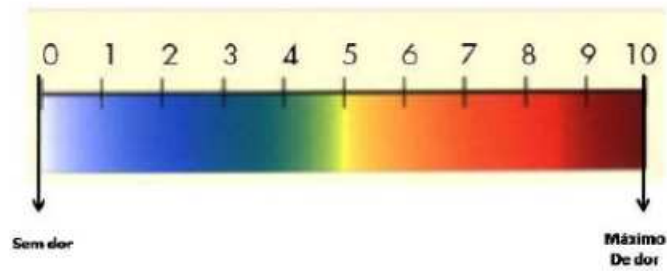


AVALIAÇÃO DA DOR

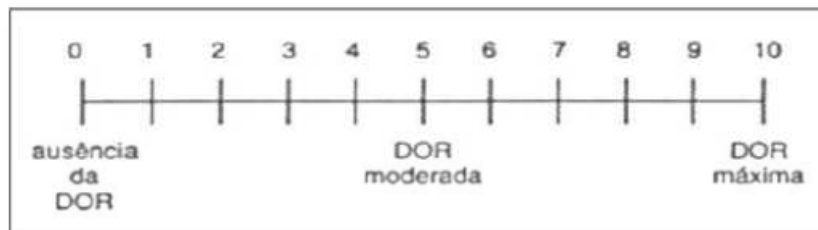
- 1 – Acreditar no doente
 - a dor é a que o doente diz ter
- 2 – História completa da dor
 - a) Localização
 - b) Qualidade
 - c) Fatores de alívio
 - d) Fatores de exacerbação
 - e) Padrão temporal
 - f) Sintomas e sinais associados
 - g) Interferência com a atividade
 - h) Resposta à terapêutica anterior
- 3 – Avaliar o estado psicológico do doente
 - a) Ansiedade
 - b) Depressão
 - c) Tratamento psiquiátrico prévio
 - d) Dependência do álcool ou drogas
- 4 – Exame físico incluindo o neurológico
- 5 – Meios complementares de diagnóstico
- 6 – Estabelecer a terapêutica
- 7 – Avaliar a resposta ao tratamento
- 8 – Reavaliar a situação se a resposta ao tratamento não for adequada

Gonçalves, J.F, 2013

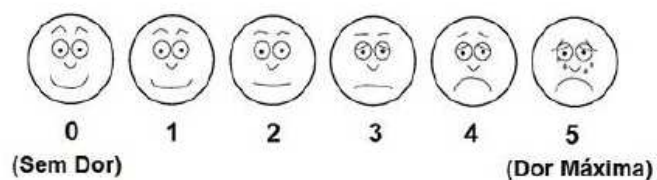
EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA)



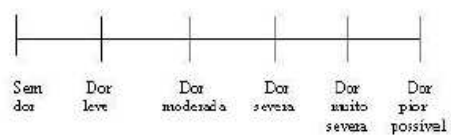
EN (ESCALA NUMÉRICA)



EF (ESCALA DAS FACES)



EDV (ESCALA DESCRITIVA VERBAL)



TIPOS DE DOR

Etiologia
Nociceptiva – somática/visceral
Neuropática
Psicogénica

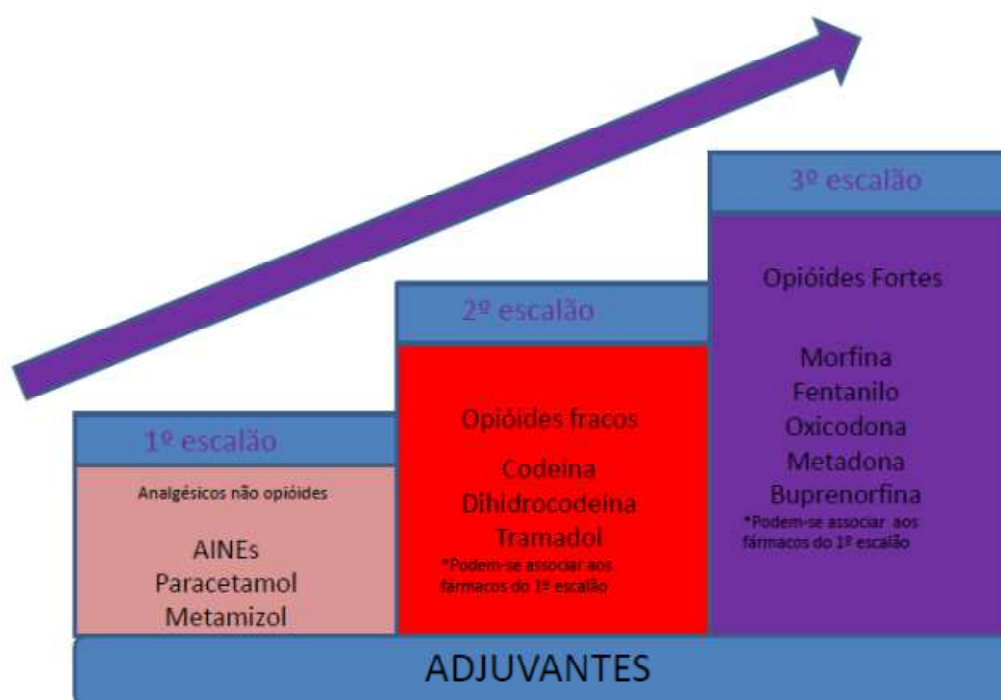
Duração
Aguda
Crónica-contínua/intermitente
(>6meses)

Intensidade
Leve
Moderada
severa

Apresentação
Contínua
Irruptiva – incidental/final de dose

AVALIAÇÃO DA DOR

ESCALA ANALGÉSICA OMS



ELEVADOR



ADJUVANTES

- Fármacos com atividade analgésica em determinados síndromes
- ✓ Antidepressivos
- ✓ Antiepiléticos
- ✓ Corticoides
- ✓ Bifosfonatos
- ✓ Antagonistas NMDA (Ketamina)
- ✓ RT, radionucleótidos

OPIÓIDES

1 - Ação no SNC

- Analgesia
- Depressão respiratória
- Humor
- Supressor da tosse
- Náuseas e vômitos
- Miose
- Hipotermia
- Alt. Neuroendócrinas

2 – Ação no SNP

- Obstipação
- Retenção urinária
- Prurido

Tolerância aos opióides

necessidade de aumento gradual da dose para se obter o efeito analgésico (o mesmo acontece aos efeitos adversos)

Dependência dos opióides

- Física (síndrome de abstinência)
- Psicológica

Efeitos secundários

- Sonolência
- Náuseas e vômitos
- Obstipação
- Sedação
- Xerostomia
- Prurido
- NIO – alucinações, mioclonias, *delirium*, hiperalgesia

- **NÃO OPIÓIDES**

Paracetamol

AINEs

- **OPIÓIDES FRACOS**

Codeína

Dihidrocodeína (“Vicodin”)

Tramadol

Dextropropoxifeno (“Algifene”)

- **OPIÓIDES FORTES**

Morfina

Fentanilo

Oxicodona

Metadona

Buprenorfina

Hidromorfona

Tapentadol

OPIÓIDES FRACOS

- **CODEÍNA**

Opióide fraco

Dor leve a moderada, tosse, diarreia

Associação – paracetamol + codeína (“dol -u- ron”)

- **Dihidrocodeína**

Dor moderada

2x mais potente que a codeína

- **Dextropropoxifeno**

Poucas indicações

Não comercializado em Portugal

- **Tramadol**

Dor leve a moderada

Dor neuropática

Dose 50mg /6-8 h (aumento gradual)

Dose máxima 400 mg/dia

OPIÓIDES FORTES

- **Morfina**

Analgésico preferencial para o tratamento da dor moderada a severa

Via oral (via de eleição)

Tem uma ação analgésica de 4-6h

Apresentação oral

- Libertação imediata: **Sevedrol** 10mg e 20 mg – 4/4h
Oramorph gotas – 4/4 h
- Libertação prolongada: **MST** 10, 30, 60, 150, 200 mg – 12/12 h – não se podem dividir
Grumorph 10, 30, 60, 100 mg – 12/12 h – caps. Podem ser abertas

Apresentação parentérica

4/4 h ou perfusão contínua

INÍCIO DE ADMINISTRAÇÃO DE MORFINA

- ✓ 15-30 mg 12/12 h MLR
- ✓ Dose de resgate 10% da dose total diária (necessidades do doente)
- ✓ Titulação – 24 h depois de acordo com os resgates
- ✓ Aumento 30-50% - 48h depois (se dor não controlada)
- ✓ Resgates de acordo c/ a nova dose total(Fentanilo transmucoso ou MLN)
- ✓ Perda da via oral – via subcutânea ou Fentanilo transdérmico

- **Fentanilo**

Transdérmico

Alternativa eficaz à morfina

Efeito 72 h

Início ação analgésica 12-24 h

< obstipação e sonolência –(morfina)

>náuseas

Febre

- **Durogesic** 12, 25, 50, 75, 100 µg/h – mudar cada 72h/ alt. zona de colocação

Transmucoso

Efeito 1 – 3 h

Início de ação 5 – 15 min

- **Actiq** 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 µg – esfregar na mucosa – não chupar

Sublingual - Abstral

Nasal – Pecfent

INÍCIO DE ADMINISTRAÇÃO DE FENTANILO

- ✓ Iniciar com 25µg/h
- ✓ Cobrir as primeiras 12 horas
- ✓ Resgastes com fentanilo transmucoso ou morfina de libertação normal

- **Oxicodona**

Diminui incidência de náuseas, vômitos, alucinação e prurido

Ação 12 h

Formulação de libertação rápida – 1 h

Formulação de libertação prolongada – 12 h

- **oxinormoro**
- **oxycontin** (fórmula prolongada)
- **targin** (oxicodona/ naloxona)

- **Metadona**

1ª linha no tenesmo retal

Alternativa à morfina quando não se atinge o controle da dor

Alternativa na dor com componente neuropática

< obstipação

Menos efeitos neurotóxicos

- metasedin

- **Buprenorfina**

Formulações sublinguais

Formulações transdérmicas

Iniciar com *patch* de 35µg/h

Mudar 72/72 h

Resgastes c/ buprenorfina sublingual ou fentanilo transmucoso

- subutex

- transtec (pode ser cortado)

- **Hidromorfona**

- **Tapentadol**

Indicação na dor oncológica – nocicetiva e neuropática

Menos iterações medicamentosas

Menos efeitos secundários (obstipação e sonolência)

- Palexia

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- Via oral **eleição**
- Subcutânea
- Transdérmica
- Retal
- Sublingual
- E.V.

Via E.V. - alt. Via oral se existir já canalização ou a via s.c. estiver contraindicada

Transdérmica – principal alt. não invasiva à via oral

Sublingual – dor irruptiva (fentanilo e buprenorfina)

VIA SUBCUTÂNEA - principal alt. à via oral,
- semelhante à E.V.

Contra indicações

- ✓ anasarca/ edema generalizado
- ✓ Alterações da coagulação
- ✓ Desidratação grave
- ✓ Doentes e/ diálise peritoneal
- ✓ Hipoperfusão periférica
- ✓ Não aceitação/adaptação do doente/família

Locais de punção

- ✓ Região deltoide
- ✓ Abdómen
- ✓ Região escapular (doentes agitados / < volumes)
- ✓ Região infra clavicular (evitar tecido mamário)

Técnica de punção

- Preencher sist. agulha epicraniana c/ S.F. 0,9%
- Eleger local de punção e/ conjunto c/ o doente e seu benefício
- Desinfetar zona de punção
- Fazer prega na pele e puncionar
 - agulha metálica: 45º e bisel p/ cima(5 dias)
 - agulha téflon: puncionar na base da prega e bisel p/ cima (12 dias)
- Fixar c/ apósito transparente
- Registo

- **Modos de administração**

- **Bólus** vol. máx. 2 ml ,
periódico ou pontual,
lavar c/ 0,5 ml S.F. 0,9%

- **Infusão contínua**

Dispositivos de infusão

Ritmo de infusão hipodermóclise: 40 a 60 ml/h

Vel. máx. : 90 ml/h

1000 a 1500 ml7/dia

Ritmo de infusão perfusão de medicamentos: 3ml/h

FÁRMACOS/SOROS

- | | |
|---------------------|----------------------|
| ✓ Morfina | ✓ Omeprazol |
| ✓ Butilescopolamina | ✓ Ocreótido |
| ✓ Haloperidol | ✓ Fentanilo |
| ✓ Midazolan | ✓ Dexametasona |
| ✓ Metoclopramida | ✓ Ceftriaxone |
| ✓ Cetorolac | ✓ KLC |
| ✓ Diclofenac | ✓ S.F. 0,9% |
| ✓ Tramadol | ✓ G.S.F.até 33% |
| ✓ Levopromazina | ✓ DW + S.F. 0,9% 2:1 |
| ✓ Clonazepan | |
| ✓ Ondansetron | |
| ✓ Ranitidina | |

Medidas não farmacológicas

- Musicoterapia
- Massagem terapêutica
- Aromoterapia
- Relaxamento
- Acupunctura

BIBLIOGRAFIA

- BARBOSA, António; NETO, Isabel – Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Março de 2010. ISBN 978-972-9349-22-5.
- BENÔIT, Laugner; et al – Cuidados de enfermagem e dor. Avaliação da dor, modalidades de tratamento, psicologia do doente. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda, Loures.2002
- CAPELAS, Manuel Luís – Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. Cadernos de Saúde, Vol.2, nº1. 2009
- COBOS, F. Muñoz et al – Atención a la familia. Atención Primaria. Vol.30, nº9, Novembro, 2002.
- CORTÉS, C. et al. Manual de Medicina Paliativa. Eunsa. Pamplona. 2009.
- FERRO, António – Na rota da Pedagogia. Edições Colibri. 1999. ISBN: 972-772-069-2
- GÓMEZ - Batiste – Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. Arán, 2005 ISBN 84-95913-66-6
- GÓMEZ, B. et al –Manual de control de sintomas en pacientes com câncer avanzado e terminal. Ed. Arán. Espanha. 2004
- GONÇALVES, Edna; MELO, Gonçalo; COSTA, Isabel; NETO, Isabel – Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. Revista Portuguesa de Clínica Geral, Vol.23, 2007
- GONÇALVES, F. – Controlo de sintomas no cancro avançado. Ed. Calouste Gulbenkian. Lisboa. 2004 ISBN ISBN 972-31-0960-3
- ICN – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Geneva.2005 ISBN 92-95040-36
- KÜBLER-ROSS, E.-Sobre a morte e o morrer.7ª Edição. Livraria Martins Fontes Editora Lda S.Paulo. 1996 IBSN 85-336-0496-3
- MAGALHÃES, José Carlos (2005). Comunicação em cuidados paliativos – Transmissão de más notícias. Servir, vol.53 – nº5
- PACHECO, S. Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva Ética. Loures. Lusociência.2002 ISBN ISBN: 972-46-1198-1
- SFAP-Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos. Lusociência, Ed Técnicas e Científicas, Lda. Loures. 2000 ISBN 972-8383-17-7
- TWYXCROSS, Robert – Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, Novembro de 2003. ISBN 972-796-093-6