

revista **Cuidado** *Paliativo*



COM A PALAVRA

Cristiane Ferraz Prade, da Casa do Cuidar, fala da importância de cuidar de quem cuida

CAPA

ANCP: dez anos de história e pioneirismo

EM FOCO

Protocolo de Cuidados Paliativos Multiprofissional do Hospital Regional do Cariri



Mundipharma

Empresa líder global no gerenciamento da dor que oferece produtos de alta qualidade e tecnologia.

*Para maiores informações acesse o nosso site.
www.mundipharma.com.br*

Material destinado à ajuda visual de uso exclusivo do propagandista junto aos profissionais da saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar medicamentos. Reprodução e distribuição proibida. Produzido em Fevereiro/15.

Mundipharma Brasil Prod. Méd. Farm. Ltda
Rua Verbo Divino, 2001 - 16 And - Cjo 162
São Paulo - SP - 04719-002





A revista da ANCP é uma publicação da Dinamo Editora para a Academia Nacional de Cuidados Paliativos

DIRETORIA NACIONAL (2014-2015) E CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Maria Goretti Sales Maciel (SP)

Vice-Presidente

Julietta Carriconde Fripp (RS)

Diretor Científico

Ricardo Tavares de Carvalho (SP)

Secretária-Geral

Dalva Yukie Matsumoto (SP)

Tesoureiro

Henrique A. Parsons (SP)

Diretora Administrativa

Jurema Telles de Oliveira Lima (PE)

Conselho Consultivo

Cláudia Burlá (RJ)

Roberto Bettega (PR)

Sandra Serrano (SP)

Silvia Maria de Macedo Barbosa (SP)

REGIONAL NORTE-NORDESTE

Presidente

Inês Tavares Vale e Melo (CE)

Vice-Presidente

Mirella Rebêlo (PE)

Diretora Científica

Jurema Telles de Oliveira Lima (PE)

Secretária-Geral

Mirlane Guimarães de Melo Cardoso (AM)

Tesoureira

Rita de Cássia Dewey Guimarães (BA)

REGIONAL SUDESTE

Presidente

Filipe Gusman (RJ)

Vice-Presidente

Daniel Azevedo (RJ)

Coordenador Científico

Henrique Gandara Canosa (SP)

Secretária-Geral

Flávia Navi (RJ)

Tesoureira

Ana Paula Abranches (MG)

REGIONAL SUL

Presidente

Julietta Carriconde Fripp (RS)

EXPEDIENTE

Jornalista responsável

Lilian Liang (MTb 26.817)

Editor clínico

Ricardo Tavares de Carvalho

Projeto gráfico e direção de arte

Luciana Cury

Revisão

Patrícia Villas Bôas Cueva

Colaboradores

Flávia Lo Bello

Pré-impressão e impressão

Leograf Gráfica e Editora Ltda

Tiragem

3 mil exemplares

ISSN 2359-1463

Contatos ANCP

(11) 5051-0555

contato@paliativo.org.br



(11) 2337-8763

contato@dinamoeditora.com.br

www.dinamoeditora.com.br

Sumário

4 EDITORIAL

5 CAPA

ANCP 10 anos: uma década de desafios, conquistas e pioneirismo

12 COM A PALAVRA

Cristiane Ferraz Prade, da Casa do Cuidar, conta sobre a iniciativa Cuidando de quem cuida

15 PONTO DE VISTA

Estudos selecionados a dedo e comentados por especialistas

22 EM FOCO

Artigo: Protocolo de Cuidados Paliativos Multiprofissional do Hospital Regional do Cariri

25 ANCP EM PAUTA

Confira as novidades da ANCP

26 ESPAÇO DAS LIGAS

Conheça as ligas acadêmicas que vêm fazendo diferença pelo Brasil



Queremos ouvi-lo!

Envie sugestões, críticas e opiniões para contato@paliativo.org.br

É proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta revista, por quaisquer meios, sem autorização prévia, por escrito, da Dinamo Editora.

Uma enorme responsabilidade



Completar uma década de trabalho é sempre um marco e precisa ser comemorado. Mas é também uma oportunidade de reavaliação, reflexão e novas projeções.

Certa vez, num pequeno grupo de paliativistas, conversávamos sobre os desafios e as dificuldades. Concluí que uma mudança de paradigma como a dos Cuidados Paliativos necessita de tempo. Falava de algo como cinco décadas para que o novo se transformasse em realidade.

Em 2015 podemos falar de 32 anos do primeiro serviço de Cuidados Paliativos de que se tem notícia no Brasil – pioneirismo da professora Miriam Marteleite no Hospital de Clínicas da UFRGS, em Porto Alegre. Isso significa, portanto, que temos à nossa frente pelo menos mais 20 anos de muito esforço.

O momento atual talvez seja um dos mais importantes e delicados. Sim, hoje já ouvimos falar em Cuidados Paliativos como nunca antes neste país. Porém, ainda não educamos o suficiente nem temos um ordenamento oficial que assegure as melhores práticas. O desafio de garantir o crescimento com qualidade é cada vez maior, e não podemos nos omitir.

A filosofia que norteia o Cuidado Paliativo prega a priorização do indivíduo, visto sempre de forma abrangente e singular. Ela defende a proporcionalidade e a adequação terapêutica em todas as fases do adoecimento e o respeito incondicional à biografia e aos valores do doente, que se torna agente importante em todas as decisões relativas à sua vida.

A prática do Cuidado Paliativo exige a busca pela ambiência adequada para que tudo isso aconteça, o que deve ser observado na hora de se iniciar a organização de um novo serviço. As atitudes dos paliativistas devem prevalecer nesse processo de construção de uma modalidade de assistência que se alinhava no Brasil.

A ANCP, representada por seus mais de 2 mil associados, tem a missão agora de intensificar as ações de educação, a disseminação da prática de qualidade e o zelo pelo que estamos desenvolvendo hoje e que será o futuro do Cuidado Paliativo no Brasil.

Para construir essa história é necessário, antes de tudo, conhecer e reconhecer o que fizemos até o momento. O diretório do site da ANCP necessita de atualização constante, e essa tarefa é de todos.

Leitura, organização de bons eventos, compartilhamento de conquistas e anseios. Tarefa de todos nós.

O futuro? Está em nossas muitas mãos.

Maria Goretti Maciel
Presidente da ANCP

PS – Por questões de conflito de calendário, o VI Congresso Internacional de Cuidados Paliativos será realizado apenas em setembro de 2016. Pedimos desculpas pela mudança de data. A boa notícia é que teremos mais tempo para preparar uma programação cheia de novidades, com especialistas do Brasil e do exterior. Contamos com sua presença no ano que vem!

Dez anos de ANCP: principais conquistas e desafios futuros

Por Flávia Lo Bello

Parece que foi ontem, mas já se vai uma década: no dia 26 de fevereiro deste ano completam-se dez anos da fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Sua criação naquele fevereiro distante na capital paulista representava não apenas um marco na história dos Cuidados Paliativos (CP) no país, mas também um momento de extrema realização para todos os seus sócios-fundadores. A existência de um órgão representativo dos profissionais atuantes em CP no Brasil era um sonho antigo de profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros – envolvidos nesse tipo de cuidado.

“A criação da ANCP entrará para a história dos Cuidados Paliativos no Brasil como uma importante ação política e científica daqueles médicos precursores, incluindo os que hoje não militam mais na área, mas que foram importantes pelos ideais e ideias com que contribuíram. É importante para a nossa história saber valorizar o que cada um trouxe naquela época”, opina Flávia Firmino, enfermeira oncologista formada pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca) e sócia-fundadora da ANCP.

Flávia salienta que, se para algumas iniciativas não é possível considerar a ANCP como realizadora, a Academia certamente influenciou os profissionais que tomaram a frente na criação de algumas ações, como as portarias de saúde que se instituíram, considerando os Cuidados Paliativos como programa de saúde aos pacientes com doença avançada; e a inserção do assunto em congressos médicos, aumentando a visibilidade do tema em encontros de outras especialidades.

Segundo Maria Goretti Sales Maciel, diretora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e atual presidente da ANCP, até o ano 2000 os serviços de Cuidados Paliativos eram voltados para o câncer. Foi só a partir do início do novo milênio que a área de CP passou por um real fortalecimento no mundo todo, em parte motivado pela constatação de que aquele tratamento, considerado exclusivo para o doente com câncer, seria adequado também para outros pacientes com condições graves que ameaçassem suas vidas. “Por isso, em 2002 houve uma mudança no conceito dos Cuidados Paliativos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que coincidiu com o surgimento de inúmeros serviços de Cuidados Paliativos no mundo inteiro, inclusive no Brasil”, revela.

A ideia de criar a ANCP surgiu em 2004, durante o I Congresso Internacional de Cuidados Paliativos e Dor, promovido pelo Inca no Rio de Janeiro. Foi nesse evento que se notou a necessidade de os profissionais envolvidos com Cuidados Paliativos se organizarem numa entidade que de fato pudesse levar adiante seus anseios: primeiro, receber pelo serviço praticado; segundo, ter a prática reconhecida como algo oficial. “Era necessário, portanto, institucionalizar os CP, reconhecendo a figura do profissional que trabalha nessa área. O que queríamos dizer era: essa prática acontece, precisa existir oficialmente nos hospitais e precisa ser paga oficialmente como outra especialidade qualquer”, esclarece Goretti.

Na época já existia a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), cuja importância é reconhecida pelos profissionais

“Há dez anos, pouco se falava sobre o assunto. Agora esta é uma realidade em nosso país.”

da área. No entanto, devido à sua conformação, a ABCP não seria reconhecida pela Associação Médica Brasileira, que só aceita entidades fundadas e dirigidas por médicos. Assim, foi proposta a criação de outra instituição representativa, sob o nome de Academia Nacional de Cuidados Paliativos, sugerido pelo então diretor do Inca, Maurílio Arthur de O. Martins, falecido em 2007. Embora fundada e dirigida por médicos, a ANCP seria aberta a todos os profissionais de saúde. Ali se determinou uma comissão para elaborar um estatuto e marcar uma data para a fundação da Academia: 26 de fevereiro de 2005, um sábado.

“Esse dia foi um momento ímpar, uma reunião muito bonita, extremamente democrática, na qual discutimos todos os pontos colocados no estatuto. Quando fechamos o documento com a aprovação de todos, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos estava fundada”, lembra Goretti. Entre os fundadores da ANCP estava o professor Marco Tullio de Assis Figueiredo, falecido em 2013, uma das pessoas mais atuantes e respeitadas nos Cuidados Paliativos no Brasil. “O professor Marco Tullio foi uma das pessoas mais importantes no Brasil a atuar nessa área, por sua voz forte e ao mesmo tempo meiga, por acolher todos aqueles que desejavam fazer Cuidados Paliativos no país. Ele foi nossa grande referência e participou ativamente da assembleia, apoiando fortemente a criação da Academia”, conta.

Para Luís Fernando Rodrigues, médico assistente do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de Câncer de Barretos, sócio-fundador e vice-presidente da ANCP na gestão 2011–2013, dois pontos se destacam como os mais significativos na criação da instituição: primeiro, a manutenção da conceituação teórico-prática dos Cuidados Paliativos, preservando sua essência multi-

profissional e interdisciplinar como prática em saúde voltada para a integralidade do ser humano em suas dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais; segundo, a agregação em escala nacional das diversas profissões envolvidas na execução qualificada dos Cuidados Paliativos. “Para a medicina, a criação da ANCP trouxe o reconhecimento da área como especialidade que traz uma extensa bagagem técnico-científica no seu corpo de conhecimento, ou seja: para executar bem Cuidados Paliativos, é preciso educação e treinamento”, diz.

Luta e realizações

“Não tenho dúvida de que nesses dez anos a ANCP teve um papel fundamental na divulgação dos Cuidados Paliativos, hoje considerada área de atuação da medicina e presente em outras especialidades da saúde, como enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, musicoterapia e serviço social. Isso, me parece, é uma ação direta da ANCP e dos membros que fazem parte dessa associação”, declara Claudia Burlá, especialista em geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia/AMB e uma das sócio-fundadoras da ANCP. Segundo ela, a atuação multidisciplinar é extremamente importante, porque os Cuidados Paliativos passam por todas as áreas de intervenção de especialidades médicas e não médicas. “A morte atinge desde recém-natos a muito idosos. A forma de morrer e a conduta técnica dos profissionais envolvidos nesse cenário de finitude fazem toda a diferença, tanto para o indivíduo que está encerrando seu ciclo de vida quanto para seus familiares”, pontua.

A pediatra Sílvia Maria de Macedo Barbosa, chefe da Unidade

de Dor e Cuidados Paliativos do Instituto da Criança do HC-FMUSP e ex-presidente da ANCP, salienta: "Há dez anos éramos poucos. Uma iniciativa de pessoas da área de saúde que se preocupavam com os Cuidados Paliativos, querendo criar no Brasil uma sociedade que fizesse a diferença tanto para os pacientes e famílias quanto para os profissionais da área de saúde". Ela diz que a área de atuação em medicina paliativa é uma realidade agora para profissionais de geriatria, medicina da família, anestesia, clínica médica, pediatria, terapia intensiva, cancerologia e cirurgia de cabeça e pescoço. "Profissionais capacitados tornam-

se multiplicadores", complementa a médica.

"Creio que o aspecto mais importante da criação da ANCP foi que agora tínhamos um canal de comunicação para nos conhecermos, nos encontrarmos e crescermos juntos. Nesse sentido, a Academia tem sido muito agregadora, porque ela uniu de fato as pessoas", enfatiza Goretti.

É esse papel de unir agentes transformadores e disseminar conceitos que a ANCP vem desempenhando há dez anos. Por meio de encontros ou publicações, a instituição tem a função fundamental de manter o debate constante. A geriatra Claudia Burlá

Várias histórias, um destino

A pediatra Sílvia Barbosa foi por muito tempo médica assistente do Pronto-Socorro Pediátrico do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. "As crianças com dor ou nos últimos dias de vida chegavam ao nosso serviço e ficavam internadas em nossa enfermaria. Muitos dos sintomas não eram bem controlados, as famílias apresentavam um sofrimento incomensurável e isso me incomodava. Fui pesquisar, estudar e me capacitar", conta.

Ela diz que com apoio institucional foi possível criar um grupo e depois uma unidade de dor e Cuidados Paliativos. "Atendemos hoje pacientes paliativos pediátricos oncológicos e não oncológicos, tanto no ambulatório como nas internações. Da mesma forma que os adultos, as crianças e suas famílias necessitam de Cuidados Paliativos. É isso que estamos desenvolvendo. A cada ano, mais profissionais têm interesse no tema e sempre que possível ajudamos em sua formação", relata.

Já o especialista em clínica médica e gastroenterologia Luís Fernando Rodrigues diz que em 1999 trabalhava no então Sistema de Internação Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina, no Paraná, onde

atendia muitos pacientes com doenças incapacitantes, principalmente câncer. "Paralelamente, tive a oportunidade de participar dos Cursos de Aprimoramento em Cuidados Paliativos do Pallium Latinoamérica, que naquela ocasião foram realizados no Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba, numa iniciativa de Roberto Bettega, um dos primeiros paliativistas do país", conta. Assim, ele percebeu que a teoria complementava a prática em que atuava. "Desde então fui conhecendo pessoas, participando de congressos, organizando cursos e jornadas e, dessa forma, contribuindo para a disseminação da disciplina", conclui o médico.

Já a enfermeira Flávia Firmino conta que seu interesse na área surgiu devido à inclusão dos Cuidados Paliativos como tema de aula no curso de graduação em enfermagem na faculdade de enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, ainda em 1994. "Foi uma aula ministrada pela enfermeira Cecília Bernardo, que havia feito um fellow na Inglaterra com Cicely Saunders e nos passou temas importantes desta especialidade", relata Flávia. "Ela nos deu o nome do professor Marco Tullio como referência no Brasil, e então eu e algumas colegas de turma escrevemos uma carta para ele, falando do nosso interesse pelo tema e pedindo algumas dicas de leitura", lembra.

ressalta a importância dos congressos e outros eventos nesse contexto. "São congressos bem organizados, interessantes, dinâmicos, com programação científica de qualidade excepcional, que reúnem profissionais brasileiros e de outras partes do mundo envolvidos com os CP. Dessa maneira, estamos conseguindo disseminar isso aqui no Brasil", afirma.

Outra contribuição da ANCP que teve imensa repercussão foi a publicação do primeiro *Manual Brasileiro de Cuidados Paliativos*. Já são duas edições: a primeira, de 2009; a segunda, de 2012, revisada e ampliada. A terceira edição está prevista para 2016. Essa demanda por informações atualizadas mostra o aumento do interesse dos profissionais na área. Dos 35 sócios-fundadores da ANCP, hoje a Academia conta com mais de 2 mil associados, das mais variadas profissões, em todo o Brasil.

Mas talvez seja o estímulo ao debate e à discussão de políticas públicas um dos papéis mais importantes da ANCP. Desde sua criação, a entidade participa da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos no Ministério da Saúde. A Academia, através de seus representantes, também integra a Câmara Técnica sobre Cuidados Paliativos e Terminalidade da Vida no Conselho Federal de Medicina, responsável pela elaboração da Resolução nº 1.805/2006 do CFM. Essa resolução criou um instrumento jurídico que permite ao médico suspender ou limitar tratamentos, procedimentos ou investigações em pacientes que estejam na fase final de uma doença grave incurável. Ela também estabelece que o doente deve receber todo o esforço para que seu conforto físico, social, emocional e espiritual – a essência dos Cuidados Paliativos – sejam garantidos. "O fato de a Resolução ter sido questionada na Justiça deixou clara a necessidade de discutirmos mais o Cuidado Paliativo. Esse debate foi parar no Código de Ética Médica, em três artigos, inclusive nos seus princípios fundamentais. Hoje, os CP constam como tratamento recomendado para quem está no fim da vida", diz.

Tais discussões colaboraram para maior divulgação dos princípios e dos fundamentos corretos dos CP. "O Cuidado Paliativo não tem nada a ver com eutanásia. Trata-se de medicina de

qualidade, proporcional, adequada e dirigida para uma determinada população", esclarece Claudia. "É nesse ponto que insistimos nele como uma especialidade de população e não de órgão, sistema ou doença. Os Cuidados Paliativos se aplicam a uma população determinada de pessoas com doenças graves e que podem morrer em decorrência dessa condição."

Anos de trabalho intenso culminaram com uma vitória largamente comemorada: em setembro de 2011, a comissão tripartite, formada pela Associação Médica Brasileira, pela Comissão Nacional de Residência Médica e pelo Conselho Federal de Medicina, finalmente reconheceu a medicina paliativa como área de atuação. "O reconhecimento da medicina paliativa como área de atuação foi um divisor de águas na história da ANCP e acredito que será também na história da medicina, porque a nova geração de médicos saberá utilizar-se disso com mais vigor", aponta a enfermeira Flávia Firmino.

Essa conquista tem várias implicações positivas e já vem trazendo transformações visíveis na área. Segundo Goretti, uma das principais é a possibilidade de formação de profissionais na área. "O que aconteceu nos últimos dois anos foi a ampliação de residências em medicina paliativa para médicos, a criação de cursos de formação, especialização e aprimoramento, e o surgimento de residentes multiprofissionais em CP", comemora. "Nosso próximo passo é trabalhar para que os Cuidados Paliativos se tornem especialidade médica."

Para a pediatra Sílvia, a expansão dos serviços, o surgimento de cursos de capacitação, a criação de publicações nacionais de qualidade e um início de pesquisa brasileira na área são sinais claros de que os Cuidados Paliativos avançam no Brasil. No entanto, há um longo caminho pela frente. "Ainda temos que nos desenvolver muito para garantir a assistência para quem necessita, não importando a faixa etária. O Conselho Federal de Medicina reconhece isso. O Código de Ética Médica se posiciona sobre o assunto. Precisamos passar da teoria à prática. É necessário que os CP tornem-se parte da política nacional de saúde", avalia.

Educação profissional e políticas de saúde pública

Flávia salienta que, de dez anos pra cá, houve uma melhora na atuação dos Cuidados Paliativos, mas o Brasil ainda está bastante atrasado se comparado a outros países. "Achamos que com um grande sistema de saúde pública como o SUS seria fácil a introdução dos Cuidados Paliativos na rede de saúde, uma vez que ele conseguiria até cobrir gargalos do sistema assistencial. No entanto, isso não aconteceu com a força necessária para que o Brasil avance no nível de qualidade assistencial em CP", avalia.

Ela enfatiza que a população ainda sofre muito, principalmente no período em que se inicia o morrer propriamente dito. "Isso nos toca profundamente. Então eu vejo que nossa situação não é satisfatória e vem se desenvolvendo lentamente", lamenta.

Goretti afirma que, apesar de a área de Cuidados Paliativos ter crescido muito e criado alguns artifícios importantes na última década, ela ainda está longe do que se almeja. "Estamos muito distantes porque não temos uma política pública voltada para isso. Precisamos de uma política que privilegie a educação em CP até em detrimento de outros tipos de formação, se for

necessário." Essa distância da situação ideal também se aplica à assistência ao paciente. "A grande maioria dos pacientes que necessitam dos Cuidados Paliativos infelizmente não os recebe."

Luís Fernando Rodrigues, de Barretos, ressalta que a área de Cuidados Paliativos vem se disseminando rapidamente e que é crescente o número de pessoas que criam e estabelecem seus serviços diante das necessidades impostas por suas realidades. "Isso é bom, pois somos um país imenso e as necessidades são muitas. O que me preocupa é como está a qualificação dos profissionais que atuam nesses serviços. Tenho muito receio de como estão usando o nome dos Cuidados Paliativos", alerta. Apesar disso, ele diz que não se deve desestimular o surgimento de novos serviços, mas que deve haver uma preocupação para criar mecanismos de controle e avaliação que mantenham a qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com Sílvia, os cursos de medicina têm paulatinamente inserido aulas e/ou disciplinas que versam sobre o assunto. "As ligas acadêmicas vêm se tornando realidade. Tem-se dado enfoque aos sintomas que podem e devem ser controlados. As diversas áreas de saúde têm se aprimorado sobre o tema. Ainda



João Cláudio Cote

Brinde para comemorar a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos

“O reconhecimento da medicina paliativa como área de atuação foi um divisor de águas na história da ANCP e acredito que será também na história da medicina.”

está incipiente, mas, com o tempo, acredito que se tornará matéria obrigatória e não optativa”, prevê. Para Claudia, os profissionais que atuam na área dos Cuidados Paliativos no Brasil têm uma sólida base científica. “Cada um de nós conseguiu ter uma boa formação técnica e isso é socializado nos eventos e encontros que temos da Academia”, declara.

Na opinião de Flávia, o avanço e a melhoria dos Cuidados Paliativos no Brasil passam obrigatoriamente por uma questão espinhosa no país: a educação. “Os profissionais devem ser ensinados, treinados, capacitados e, principalmente, avaliados em suas práticas relacionadas aos Cuidados Paliativos, o que muitas vezes não acontece”, relata. Sílvia complementa: “Acredito ainda que a educação e a disseminação do conhecimento são os grandes desafios da Academia. O exercício da comunicação adequada faz toda a diferença, e temos a percepção de que o melhor resultado se encontra com um apropriado trabalho de equipe”.

Rodrigues também acredita que ter profissionais bem preparados é fundamental, mas que para se fazer Cuidados Paliativos de maneira correta é necessário abordar outras questões urgentes. “É preciso haver disponibilização de opioides e de outras drogas da cesta básica proposta pela International Association for Hospice and Palliative Care”, opina o especialista. Ele enfatiza que precisa haver amplo debate, principalmente com o Ministério da Saúde, para se estabelecer uma política clara de Cuidados Paliativos para o SUS. “Até o momento, o que vimos é um entra e sai de governos que formam as câmaras técnicas de Cuidados Paliativos e que se limitam a editar portarias”, critica o médico. Segundo ele, a última normativa mais ampla de que se tem notícia foi o Pacto pela Saúde de 2006, que colocou o Cuidado Paliativo, assim como a política de atenção domiciliar,

inserido na Linha de Cuidado do Idoso – Atenção Domiciliar – Cuidados Paliativos.

“O Pacto pela Saúde já é um documento extenso. Encontrar informações sobre a política de Cuidado Paliativo é tarefa desafiadora. E não é só isso. Para quem lê esse documento, ela coloca uma visão de que CP é política só para idoso, sendo que a história dos Cuidados Paliativos se inicia com o câncer”, destaca o especialista. “Se procurarmos sobre política de câncer, as portarias e resoluções do Ministério da Saúde são mais generosas a respeito desse tema, mas ainda deixam muito a desejar, pois não preveem financiamento para formação e custeio de equipes nos Cacons e Unacons. E olha que estamos falando somente de geriatria e câncer. Ainda há Atenção Básica e Cuidados Paliativos, Média Complexidade e Cuidados Paliativos, e a inserção nas outras doenças e condições.”

Próximos desafios

Sílvia revela que são muitos os desafios a serem enfrentados pela ANCP. “Há dez anos pouco se falava sobre o assunto. Agora esta é uma realidade em nosso país. Quem conhece de fato os Cuidados Paliativos sabe que eles fazem toda a diferença, mas seu exercício deve ser feito por pessoas habilitadas e capacitadas”, afirma.

Flávia diz que o governo deveria se envolver diretamente com a educação dos profissionais de saúde, com sua verdadeira capacitação e com a cobrança de que eles deem retorno justo às suas instituições de saúde. Ela também cita a necessidade do apoio das chefias, o que poucas vezes acontece. “As instituições precisam querer liberar seus profissionais para estudo de formação, para capacitação de outros membros da equipe e para o desenvolvimento de projetos assistenciais e políticos para o go-

verno e para a própria instituição. Porém, isso não acontece", analisa. Para a enfermeira, um país como o Brasil não pode deixar que o desenvolvimento dos CP dependa das boas ações de alguns profissionais. "Não podemos ficar sozinhos. Os governos e os gestores têm de nos apoiar para que o panorama mude. Nenhum país do mundo chegou à excelência em Cuidados Paliativos sem a participação pesada do sistema de governo", destaca.

Há também uma questão cultural envolvida no desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no Brasil, que Flávia destaca como um dos grandes desafios da ANCP. Fomentar o aspecto multiprofissional e interdisciplinar da área muitas vezes é uma tarefa ignorada. Segundo ela, é necessário diminuir a barreira cultural e a barreira institucional que separam profissionais, como médicos e enfermeiros – elas precisam estar integradas para haver, de fato, uma assistência integral ao paciente.

"Penso que para mudar o cenário a longo prazo será preciso que todos os profissionais de saúde, em especial os médicos, possam considerar mais a sua participação na formação educacional dos enfermeiros, passando-lhes conceitos necessários que muitas vezes estes desconhecem", argumenta. "Os Cuidados Paliativos possibilitam essa integração de conhecimentos, e os enfermeiros poderiam fazer o mesmo com os médicos." Segundo ela, a enfermagem é historicamente o pivô dos Cuidados Paliativos, já que sua fundadora, a dama Cicely Saunders, era enfermeira (além de assistente social e, posteriormente, médica).

Nesse sentido, Flávia ressalta a importância de dar espaço à discussão de temas pertinentes a outras áreas do conhecimento envolvidas nos Cuidados Paliativos, tirando um pouco o foco da medicina. "É importante integralizar melhor os conhecimentos das equipes não médicas, valorizando suas temáticas nos congressos e proporcionando um excelente momento pedagógico e de interação social", afirma. Após vivenciar as discussões do último congresso, a enfermeira elege a integração multiprofissional como um dos principais desafios da ANCP nos próximos dez anos.

A geriatra Claudia enfatiza que o próximo passo a curto e médio prazo é o Brasil reconhecer a importância da medicina paliativa como especialidade. "A curtíssimo prazo, o objetivo é

fazer, cada vez mais, com que os profissionais da área da saúde compreendam o que são os Cuidados Paliativos e quem são os pacientes elegíveis para recebê-los." Segundo a especialista, a OMS preconiza que os Cuidados Paliativos devem ser iniciados no momento em que uma doença ameace a continuidade da vida – isso pode durar pouco tempo ou um prazo mais prolongado, como numa doença neurodegenerativa. "O que não deveria acontecer é que os profissionais especializados em Cuidados Paliativos sejam chamados apenas na fase final e terminal da vida do doente. É muito frustrante atendermos o paciente com poucas horas ou nos últimos dias de vida", diz. "É essa prática habitual que queremos mudar."

A geriatra informa que um dos princípios do Cuidado Paliativo é ser uma modalidade de intervenção que não trata exclusivamente dos sintomas que geram o sofrimento humano, mas que se antecipa ao surgimento de sintomas que sabidamente virão a ocorrer numa fase mais avançada da doença, como é o caso das doenças neurodegenerativas. "Nós, geriatras, aprendemos a enxergar uma situação para além da ponta do iceberg, a entender o que há por trás daqueles sinais e sintomas que a pessoa está apresentando. Nos Cuidados Paliativos não é diferente: ao nos anteciparmos a um sofrimento, também estamos enxergando além da ponta do iceberg", pontua.

Para Goretti, o grande desafio da ANCP é contribuir de alguma forma para que todos tenham, em primeiro lugar, acesso ao conhecimento, e em segundo, acesso ao tratamento. "Precisamos da criação de uma política nacional de Cuidados Paliativos. O Cuidado Paliativo precisa ser reconhecido como uma especialidade", afirma. Ela diz que o trabalho é sensibilizar gestores e o governo federal, através do Ministério da Saúde, mostrando que o CP é uma necessidade básica de saúde. "As duas grandes armas para ser um bom paliativista são ter um bom conhecimento técnico e atuar de acordo com a filosofia do Cuidado Paliativo. Isso é o mais importante. Não podemos deturpar a essência do CP, que é de fato enxergar o outro, fazer o trabalho pelo bem do outro, promover tratamento adequado e proporcional e individualizar os cuidados", finaliza a especialista. ■

Cuidando de quem cuida

Por Lilian Liang

A primeira vez que vi a psicóloga e musicoterapeuta Cristiane Ferraz Prade em ação foi numa jornada de geriatria e gerontologia. Violão em punho e de jeito manso, engajou e encantou a plateia de profissionais de saúde ao mostrar na prática o que se lê tanto na teoria: como a música pode melhorar a qualidade de vida do paciente em sofrimento.

Foi o mesmo raciocínio de diminuição de sofrimento (sentido inclusive por ela mesma) que a levou, juntamente com a geriatra Ana Claudia Arantes e a equipe da Casa do Cuidar, a desenvolver o projeto Cuidando de quem cuida. Patrocinada pela Johnson&Johnson através da The Resource Foundation, a iniciativa procura abordar o sofrimento do profissional de saúde que lida com cuidados paliativos. Síndrome de burnout, fadiga de compaixão e outras questões delicadas colocam em risco o bem-estar do profissional, afetando o cuidado que ele proporciona a seu paciente.

O projeto é desenvolvido em instituições de saúde interessadas em ajudar sua equipe a lidar com o sofrimento e com os questionamentos que vêm quando se trabalha com situações difíceis como final de vida e luto. Através de ações *in loco*, a equipe da Casa do Cuidar fala sobre temas como espiritualidade, ócio criativo e lazer produtivo e sofrimento do profissional de saúde, além de envolvê-los em atividades práticas.

O Cuidando de quem cuida completou cinco anos em 2014, com resultados animadores. As experiências foram relatadas em um livro de mesmo nome, que será lançado oficialmente em março.

“Em cuidados paliativos, temos a realidade da morte, do sofrimento e do luto escancarada, mas também temos a possibilidade da vivência da finitude cercada de amparo, sintomas físicos mais

controlados, familiares mais orientados, despedidas vividas de forma mais plena”, diz Cristiane. “Estamos criando uma cultura de cuidados paliativos no Brasil. Cuidar de quem cuida é parte dessa filosofia de assistência.”

Confira a seguir a entrevista completa.

■ ■ Como nasceu o projeto Cuidando de quem cuida?

Os dois primeiros capítulos do livro contam um pouco dos bastidores dessa história. Só para dar um gostinho de “quero ler”!

Quando começamos a Casa do Cuidar, sabíamos que seria fundamental, para mantermos uma coerência, considerar todos os envolvidos: paciente, família e equipe de saúde. Como profissionais de saúde atendendo pacientes em cuidados paliativos, nós mesmos vivíamos situações de estresse e grande tristeza ao testemunharmos o sofrimento de pacientes e familiares. Carecíamos de um espaço para elaborarmos nossos lutos e começávamos a entender que a atenção ao autocuidado era fundamental para podermos continuar a trabalhar em cuidados paliativos, mantendo nossa humanidade e nossa presença terapêutica diante de familiares e daqueles que estavam doentes. O projeto nasceu regado a muitos chás e cafezinhos que eu e Ana [Ana Claudia Arantes] tomávamos para poder cuidar uma da outra em dias difíceis no trabalho. Sentíamos na pele o que era a falta de atenção com o nosso próprio sofrimento e como a permissão para o cuidado nos fortalecia para melhor realizar nosso trabalho. Tornava-se mais gratificante cuidar.

■ ■ Quais são as principais dificuldades em cuidar de quem cuida?

“Ainda me surpreendo com o ‘não’ unânime quando perguntamos aos participantes se eles se cuidam.”

Para aquele que cuida, o maior obstáculo é se permitir ser cuidado. Ele precisa primeiramente entrar em contato com sua fragilidade e se perceber merecedor de cuidado.

Existem dificuldades diferentes que encontramos ao longo desses anos. Primeiramente, vemos com frequência instituições interessadas no projeto, mas sem disponibilidade de investir financeiramente nele. Por isso buscamos patrocínio. Muitas vezes as equipes sentem e sabem que precisam de cuidados, mas não conseguem ser ouvidas ou não existe verba. Muitos dizem "Muito legal! Que bonito cuidar dos profissionais! Eles também merecem!", mas não compreendem realmente o impacto do esgotamento físico, psíquico e espiritual no profissional de saúde que acaba desenvolvendo a síndrome de burnout, por exemplo.

Tal condição leva o profissional de saúde a oferecer um atendimento precário, não raro colocando em risco a assistência ao paciente. A disponibilidade para escutar a família angustiada com o agravamento do quadro clínico do ente querido fica prejudicada. Encontramos profissionais excelentes que passam a se enxergar como incompetentes, porque estão totalmente esgotados. Eles percebem que poderiam trabalhar melhor, mas não conseguem. Também deparamos com outros que se afastaram de seus sentimentos como estratégia de proteção – comportam-se de forma irônica com seus colegas e outros membros da equipe e distanciam-se emocionalmente de seus pacientes. A capacidade de exercer empatia e compaixão fica comprometida.

Quando apresentamos o projeto a uma instituição, temos o cuidado de entender a cultura e a dinâmica daquele grupo para

fazer um diagnóstico. Procuramos saber quais as dificuldades e convidamos os formadores de opinião a participar. Dessa forma, todos se sentem autorizados a se cuidar.

■ ■ O projeto completou cinco anos. Você nota uma maior consciência sobre a importância de olhar também para o profissional de saúde que atua em cuidados paliativos?

Sim. Vemos hospitais começando a criar projetos voltados para o cuidado com o profissional de saúde. Infelizmente, essas iniciativas às vezes são focadas em um único objetivo: aumentar a produtividade. Acredito que a mudança do olhar para o profissional de saúde em sua integralidade é uma transformação gradual e lenta, com quebra de paradigmas.

Ainda me surpreendo com o 'não' unânime quando perguntamos aos participantes se eles se cuidam. É frequente chegarmos a uma instituição e na primeira palestra ouvirmos de 99,9% dos envolvidos que eles não se cuidam ou que nem pensam nisso. Em São Paulo, encontramos situações em que os profissionais sabem a importância de se cuidar mas têm muita dificuldade em pôr isso em prática. Temos profissionais recém-formados começando a trabalhar na área – são treinados tecnicamente, mas despreparados emocionalmente. Se esses profissionais não aprenderem a se cuidar, a receber cuidado e a cuidar de sua equipe, logo se esgotarão.

Em cuidados paliativos temos a realidade da morte, do sofrimento e do luto escancarada, mas também temos a possibilidade da vivência da finitude cercada de amparo, sintomas físicos mais controlados, familiares mais orientados, despedidas vividas de forma mais plena.

“Estamos criando uma cultura de Cuidados Paliativos no Brasil. Cuidar de quem cuida é parte dessa filosofia de assistência.”

Estamos criando uma cultura de cuidados paliativos no Brasil. Cuidar de quem cuida é parte dessa filosofia de assistência.

■ ■ De que maneira as instituições poderiam proporcionar melhor cuidado às suas equipes?

Cada instituição é um mundo distinto. É importante entender como a entidade funciona, sua história, suas expectativas e seus planos. O que funciona para uma pode não atender às necessidades de outra. O que esses anos me ensinaram é que o impacto da mudança é maior quando a diretoria participa do projeto, quando os formadores de opinião estão presentes e compartilham da dificuldade que todos sentem mas temem revelar.

Acredito que, de forma geral, é importante as diretorias validarem as necessidades das equipes. Oferecer um espaço para a elaboração dos sentimentos relacionados aos casos atendidos e dos lutos vividos favorece a cultura do cuidado entre os membros. Cursos de comunicação, oficinas de arte e criatividade e espaço para viver a espiritualidade também são formas importantes de ampliar o olhar para nós mesmos, reconhecendo limites, pontos fortes, beneficiando todos os envolvidos com um trabalho rico em significado e gratificação.

■ ■ Qual a sua experiência pessoal como alguém que atua dos “dois lados do balcão” – alguém que dá cuidados mas também recebe?

Como profissional de saúde, levei um tempo considerável para me autorizar o cuidar. No início, eu nem identificava isso como uma necessidade ou como algo bacana. Entendia como uma fraqueza. Era como se eu devesse dar conta de tudo. Foi um caminho longo e solitário no começo, porque quando comecei a trabalhar com pacientes em cuidados paliativos – já faz algum tempo – a cultura do autocuidado era nova em alguns lugares e inexistente em outros. Era esperado que se desse conta das emoções.

Até hoje escuto profissionais falando de como se imunizaram do sofrer como estratégia de sobrevivência, alguns até com certo orgulho. Foi um processo aceitar minhas fragilidades, fazer meus lutos, revelar e compartilhar meus sentimentos em relação a pacientes, familiares e equipe dentro do hospital. Ao fazer isso, sinto que fui trabalhando melhor e mais feliz comigo mesma. É libertador reconhecer limites, pedir ajuda e receber cuidado.

Tenho um carinho enorme por esse projeto porque reconheço os relatos que escuto nos grupos também como meus. É muito gratificante ser parte disso.

■ ■ Como está sendo a repercussão do livro?

Maravilhosa! Apresentamos o livro na celebração de fim de ano do nosso curso da Casa do Cuidar e agora vamos lançá-lo oficialmente em março, na Livraria da Vila. Queríamos fazer um livro que fosse gostoso de ler, com o qual as pessoas se identificassem e através do qual os leitores pudessem viver um pouquinho do que oferecemos nos projetos. Definitivamente não queríamos um livro técnico. A ideia era ampliar o acesso ao projeto, mesmo que fosse somente através da leitura. Dizer que precisamos nos cuidar, todos dizem. A Casa do Cuidar quis colocar as mãos à obra e de fato oferecer algum cuidado na forma de leitura. Se não podemos levar o projeto Cuidando de quem cuida a todas as instituições de cuidados paliativos do país, podemos deixar que a leitura faça um pouquinho disso – despertar o leitor para o autocuidado! ■



Cristiane Ferraz Prade

Psicóloga e integrante do projeto
Cuidando de quem cuida

Artigos selecionados e comentados por especialistas

1

How do patients die in a rehabilitative unit dedicated to advanced respiratory diseases?

Michele Vitacca e Laura Comini
Multidisciplinary Respiratory Medicine
 2012 7:18.

ABSTRACT

Background: Evidences on how in-hospital COPD patients are cared in a Rehabilitative Respiratory Unit during the last time before death are lacking. This observational study was aimed at 1. analyzing the characteristics of respiratory patients who die in a Rehabilitative Unit dedicated to advanced care; 2. studying the available organizational support related to the dying process and quality of care in the last week of life.

Methods: Medical records (MR) of patients suffering from respiratory disease admitted to a Rehabilitative Respiratory Unit during the last seven years (2005–2011) were collected retrospectively. Only MR of patients who died of respiratory complications were considered. This study describes clinical and demographic variables or information about drugs, procedures, health and unprofessional teams, inter-

vention and interaction, habits and wishes in the last week of life.

Results: 110 patients out of 2,615 subjects (4.2%) died during the period of observation. 87 out of 110 patients fulfilled the inclusion criteria. They were aged, males, retired, severely compromised, with previous stays in an acute hospital and with a long stay in our unit. Most of them were married, lived in a small village and were cared at home by a caregiver. One third of patients came from Intensive Care Units. During the last week of life, hours spent under mechanical ventilation were extremely high both for patients under invasive (22.3 ± 3.1 hours) and noninvasive ventilation (NIV) (17.5 ± 3.4 hours). The number of patients who maintained NIV was twice that of the intubated ones. Breathlessness and secretion encumbrance were the main symptoms. Secretion management was necessary in more than 50% of the cases. Communication between patient and doctor was good in the majority (67%) of the cases. Patient's and family wishes, aimed at improving their relationships, were obtained in a high percentage (63%) of the cases. Doctors prescribed sedative in a half of patients and morphine only in 40% of the cases. Patients mainly died for acute respiratory failure (55%) or infective complications

(34%), almost all under mechanical ventilation. Only a minority of them (28%) reported to have had a discussion about end-of-life care with their physician; palliative/end of life decisions were taken in 13% of the cases. Sustaining figures such as psychologist (17%) or clergy (13%) were marginally required.

Conclusions: The current data have confirmed that, also in a Rehabilitative Respiratory setting, quality of end-of-life care and patient-physician communication need further improvement.

COMENTÁRIO

Janete Maria da Silva
 Docente do Instituto Paliar;
 fisioterapeuta do Hospital Alemão
 Oswaldo Cruz; mestre em Ciências da
 Reabilitação pela Faculdade de Medicina
 da Universidade de São Paulo

O estudo observacional e retrospectivo "How do patients die in a rehabilitative unit dedicated to advanced respiratory diseases?", de Vitacca e Comini (2012), realizado em uma Unidade de Reabilitação dedicada a pacientes com doença pulmonar avançada e/ou com desmame ventilatório prolongado, avaliou 87 pacientes (45% com

doença pulmonar obstrutiva crônica) que morreram devido a complicações respiratórias. O objetivo das autoras foi caracterizar o perfil dos pacientes que faleceram nessa instituição e entender a disponibilidade de suporte e a qualidade da assistência prestada na última semana de vida.

Este estudo, embora desenvolvido em uma unidade muito específica de reabilitação e publicado há três anos, retrata muito bem as falhas das equipes assistenciais em considerar três aspectos norteadores de uma boa assistência em Cuidados Paliativos: reconhecimento da indicação de Cuidados Paliativos, estabelecimento de comunicação adequada e efetiva com definição de diretrizes avançadas, e controle de sintomas. Se o indivíduo é encaminhado para o serviço de reabilitação mas não se entende que ele é elegível para assistência conjunta em Cuidados Paliativos, será complicado abordar e alcançar um consenso sobre diretrizes avançadas e controle de sintomas, e, dessa maneira, a qualidade da assistência na última semana de vida poderá ser afetada negativamente. Esse raciocínio explicaria muitos dos achados desse estudo. Sobre cada aspecto, há de se destacar:

- Reconhecimento do paciente que tem indicação de receber Cuidados Paliativos. Os pacientes incluídos nessa casuística apresentavam critérios de indicação claros, tais como doença de base (doença pulmonar obstrutiva crônica avançada) e as multimorbidades (idade avançada, dependência funcional que requeria suporte de cuidador, internação prévia, possível-

mente prolongada – um terço deles era traqueostomizado e proveniente de unidade de terapia intensiva). É possível que exista algum embaraço no reconhecimento precoce dos pacientes elegíveis para os Cuidados Paliativos, tanto nas unidades de proveniência dos pacientes quanto nas unidades de reabilitação às quais são destinados.

- O segundo aspecto é a comunicação efetiva entre membros da equipe multidisciplinar, paciente e familiares. Alguns resultados do estudo revelaram, indiretamente, a dificuldade enfrentada pelo médico (que foi o profissional observado) em executar uma comunicação efetiva, adequada, disponível e precoce que fortaleceria o vínculo e priorizaria as preferências da díade paciente-família, em especial na fase final de vida. Entre os achados, podem-se mencionar: a impossibilidade de avaliar a percepção da comunicação em cada um dos envolvidos no processo, pois o estudo foi observacional e retrospectivo; a escassez de ferramentas que sistematizem a avaliação do desempenho da comunicação, que foi empírica e subjetivamente classificada em "fácil" ou "difícil" pelos pesquisadores; a avaliação da comunicação somente entre médicos, paciente e familiares, desconsiderando os demais membros da equipe de reabilitação; a definição de diretrizes avançadas somente em 13% dos pacientes; a alta prevalência de pacientes que morreram em ventilação mecânica invasiva (48%); e a carência de documentação escrita das preferências reveladas. As autoras associaram o baixo índice de definição de dire-

trizes avançadas ao curto tempo com o paciente, embora esses pacientes tenham permanecido, em média, 31 dias internados na unidade.

- O terceiro e último aspecto é a abordagem multiprofissional para o controle de sintomas. A prevalência e a intensidade dos sintomas dos pacientes foram verificadas e analisadas somente na última semana de vida. Dispneia, hipersecreção de vias aéreas e delirium foram alguns dos principais sintomas apresentados. Pouco foi descrito sobre o tratamento farmacológico dessas condições (metade dos pacientes foi sedada e 40% receberam morfina), pois esse não era o escopo do trabalho. Entretanto, menos ainda foi mencionado a respeito do controle não farmacológico desses sintomas, o que chamou bastante atenção ao se considerar que o estudo foi realizado em uma unidade referenciada de reabilitação. Outro achado que corrobora a pouca importância dada à atuação da equipe multidisciplinar foi o acesso restrito a psicólogos e capelães, demonstrando a falta de conhecimento sobre a importância do trabalho desses profissionais e a subestimação dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais no controle dos sintomas.

Estudos semelhantes a esse, cujo objetivo é o rastreamento da assistência oferecida a pacientes potencialmente elegíveis a Cuidados Paliativos, vão se tornar cada vez mais mandatórios nas diferentes modalidades assistenciais (ambulatório, centro de reabilitação, assistência domiciliar, hospital, entre outras) para assegurar a qualidade do cuidado oferecido.

2

Prescription patterns of analgesics in the last 3 months of life: a retrospective analysis of 10 202 lung cancer patients

W Gao, M Gulliford e IJ Higginson
British Journal of Cancer (2011) 104, 1704–1710

Background: To describe the prescription patterns of analgesics during the last 3 months of life in lung cancer and to determine the associated factors.

Methods: Data on lung cancer patients (N = 10202) who died during 2000–2008 were extracted from the General Practice Research Database (GPRD). This database records prescriptions of patients received from UK general practices (GP), but not those from non-GP routes. Prescription prevalences were estimated. The associated factors were investigated using log-binomial regression.

Results: The overall prescription prevalences were 50.4% (95% confidence interval (CI): 49.4–51.4%) for level 1 (e.g., paracetamol), 34.1% (95% CI: 33.2–35.0%) for level 2 (weak opioids), and 55.5 % (95% CI: 54.5–56.4%) for level 3 analgesics (strong opioids). Prescription prevalence of analgesics of all levels showed an increasing trend over the period 2000–2008 (annual increases range: 1.1–1.5%) but a decreasing trend with age (average decrease per group range: – 5.8 to – 1.8%). Patients in the older age groups were less likely to be prescribed level 3 analgesics than those in the younger age

groups ($PR_{90+vs<50} = 0.55$ (95% CI: 0.45–0.67); $PR_{80-89vs<50} = 0.73$ (95% CI: 0.66–0.79); $PR_{70-79vs<50} = 0.84$ (95% CI: 0.77–0.90)).

Conclusion: Analgesics have been increasingly prescribed in lung cancer. However, analgesics, especially at level 3, were relatively under-prescribed to people older than 70 years, warranting further investigation.

COMENTÁRIO

Mirlane Guimarães de Melo Cardoso
Médica anesthesiologista com área de atuação em dor e medicina paliativa (Universidade Estadual de Campinas/ Associação Médica Brasileira); doutora em farmacologia (Universidade Federal do Ceará); Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

A dor devido ao câncer é um sintoma de natureza complexa e multifatorial que afeta a maioria dos aspectos da vida do doente, incluindo o desempenho das atividades da vida diária, o estado psicológico, emocional e as interações sociais, portanto mais incapacitante do que a dor registrada em outras patologias. Esse cenário está frequentemente associado a uma piora da qualidade de vida e de morte desses pacientes, consequência de um intenso sofrimento vivenciado. O controle da dor oncológica exige uma equipe multidisciplinar, e a farmacoterapia com opioides é baseada na Escada Analgésica proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O método relaciona o registro da intensidade da dor por meio de instrumento de ava-

liação, como a escala visual analógica (EVA), com a resposta da terapia multimodal escalonada empregada.

Estudos demonstram de forma significativa que a terapia adequada com opioides pode aliviar a dor e o sofrimento dos pacientes com câncer de pulmão avançado, quando os consensos recomendados pela OMS são sistematicamente aplicados. Inúmeros protocolos de tratamento trazem evidências favoráveis de alívio adequado da dor oncológica, mais prevalente no câncer de pulmão, mama e de cabeça e pescoço. No entanto, ela ainda é subtratada.

É nesse contexto que o artigo "Prescription patterns of analgesics in the last 3 months of life: a retrospective analysis of 10.202 lung cancer patients", de W. Gao, M. Gulliford e I.J. Higginson, publicado no *British Journal of Cancer* em 2011, contribui com uma revisão dos padrões de prescrições analgésicas (Escada Analgésica) em 10.202 pacientes com câncer de pulmão falecidos entre 2000 e 2008 no Reino Unido (Inglaterra) a partir de informações extraídas da base de dados do General Practice Research Database (GPRD).

Apesar de algumas limitações metodológicas, que envolvem a não disponibilidade de dados para avaliar o uso de analgésicos em relação à prevalência de dor e sua intensidade, essa revisão revelou uma descoberta interessante das diferenças regionais na prescrição de analgésicos. Apesar de Londres ter uma densidade relativamente elevada de serviços de Cuidados Paliativos, as taxas de prescrição são surpreendentemente baixas.

O estudo identificou uma prevalência

de prescrição de analgésicos do primeiro degrau (analgésicos periféricos e anti-inflamatórios) da Escada Analgésica de 50,4%. As taxas para o segundo (opioides fracos) e o terceiro (opioides fortes) degraus foram de 34,1% e 55,5%, respectivamente. De forma global, os resultados demonstraram uma tendência crescente na prescrição de opioides fortes nos últimos três meses de vida nos pacientes com dor em decorrência de câncer de pulmão (exceto nos grupos etários mais elevados) ao longo do período avaliado.

3 Methylphenidate and/or a Nursing Telephone Intervention for Fatigue in Patients With Advanced Cancer: A Randomized, Placebo-Controlled, Phase II Trial

Eduardo Bruera, Sriram Yennurajalingam, J. Lynn Palmer, Pedro E. Perez-Cruz, Susan Frisbee-Hume, Julio A. Allo, Janet L. Williams, and Marlene Z. Cohen

J Clin Oncol 31:2421-2427. © 2013 by American Society of Clinical Oncology

Purpose: Cancer-related-fatigue (CRF) is common in advanced cancer. The primary objective of the study was to compare the effects of methylphenidate (MP) with those of placebo (PL) on CRF as measured using the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F) fatigue subscale. The effect of a combined intervention including MP plus a nursing telephone inter-

vention (NTI) was also assessed.

Patients and Methods: Patients with advanced cancer with a fatigue score of > 4 out of 10 on the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) were randomly assigned to one of the following four groups: MP+NTI, PL+NTI, MP + control telephone intervention (CTI), and PL+CTI. Methylphenidate dose was 5 mg every 2 hours as needed up to 20 mg per day. The primary end point was the median difference in FACIT-F fatigue at day 15. Secondary outcomes included anxiety, depression, and sleep.

Results: One hundred forty-one patients were evaluable. Median FACIT-F fatigue scores improved from baseline to day 15 in all groups: MP+NTI (median score, 4.5; $P = .005$), PL+NTI (median score, 8.0; $P < .001$), MP+CTI (median score, 7.0; $P = .004$), and PL+CTI (median score, 5.0; $P = .03$). However, there were no significant differences in the median improvement in FACIT-F fatigue between the MP and PL groups (5.5 v 6.0, respectively; $P = .69$) and among all four groups ($P = .16$). Fatigue ($P < .001$), nausea ($P = .01$), depression ($P = .02$), anxiety ($P = .01$), drowsiness ($P < .001$), appetite ($P = .009$), sleep ($P < .001$), and feeling of well-being ($P < .001$), as measured by the ESAS, significantly improved in patients who received NTI. Grade > 3 adverse events did not differ between MP and PL (40 of 93 patients v 29 of 97 patients, respectively; $P = .06$).

Conclusion: MP and NTI alone or combined were not superior to placebo in improving CRF.

COMENTÁRIO

Ana Lúcia Teodoro

Enfermeira do Departamento de Dor e Neurocirurgia Funcional, Serviço de Cuidados Paliativos do A.C. Camargo Cancer Center; mestre em ciências da saúde, com foco em oncologia pela Fundação Antônio Prudente

O objetivo principal desse estudo é comparar os efeitos do metilfenidato (MP) com o placebo (PL) na fadiga relacionada ao câncer (CRF), utilizando como medida uma subescala de fadiga (FACIT-F). Além disso, o estudo se propõe a avaliar o efeito de uma intervenção combinada incluindo MP e intervenção telefônica de enfermagem (NTI).

Foram incluídos 190 pacientes, dos quais 141 foram selecionados para o estudo. Os critérios de inclusão foram diagnóstico de câncer avançado, escore de fadiga ≥ 4 na Escala de Edmonton (ESAS) escala de 0 a 10; escore normal (≥ 24 a 30) no Mini-Exame do Estado Mental; nível de hemoglobina ≥ 8 g/dl dentro de duas semanas de inclusão. Os critérios de exclusão foram presença de histórico de taquicardia, arritmia ou hipertensão descontrolada, glaucoma, transtornos severos de ansiedade, depressão ou abuso de substâncias; não estar em uso de inibidores de MAO, antidepressivos tricíclicos, clonidina, warfarina ou eritropoietina. Mulheres gestantes e lactantes foram excluídas do estudo.

Os pacientes foram alocados aleatoriamente em um dos quatro grupos: MP+NTI, PL + NTI, MP+ intervenção telefônica de controle (CTI) e placebo + CTI. A dose

de metilfenidato foi de 5 mg a cada 2 horas, conforme necessário, até 20 mg por dia. O desfecho primário foi a diferença média na escala FACIT-F fadiga no dia 15.

O desenho do estudo permitiu comparar a diferença entre a NTI e a CTI. A intervenção telefônica da enfermeira abordou o controle de sintomas usando o MD Anderson Symptom Inventory (MDASI), os tipos e as dosagens das medicações em uso e seus efeitos adversos, o suporte psicossocial e a educação ao paciente. A intervenção telefônica de controle realizada por um não profissional enfermeiro adotou o mesmo procedimento sem realizar suporte psicossocial e educação ao paciente, orientando-o a discutir suas dúvidas com seu médico. Em todos os participantes do estudo foram aplicados a subescala de fadiga FACIT-F, o ESAS, a Escala de Ansiedade e Depressão do Hospital (HADS) e o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI).

A idade mediana dos pacientes do estudo foi 58 anos; 67% dos pacientes eram mulheres e 72% eram brancos. Os cânceres GI foram os mais comuns, representando 22% do total.

O estudo demonstrou que MP sozinho, NTI sozinho, ou uma combinação de MP e NTI não foram significativamente melhores do que o PL para o CRF. Esses resultados corroboram os achados de outros estudos que não demonstraram nenhum benefício significativo de MP sobre PL para CRF em pacientes com câncer avançado, embora seja o agente farmacológico mais estudado para o tratamento desse sintoma. Não houve diferença significativa na eficácia entre NTI e CTI para o CRF, embora vários sintomas relacionados ao câncer tenham

melhorado significativamente no grupo NTI. Um estudo anterior realizado pelo mesmo grupo sugeriu que pacientes que receberam MP ou PL responderam favoravelmente a uma intervenção telefônica de enfermagem, além do tratamento com MP.

Esse estudo corrobora dados da literatura especializada que demonstram a dificuldade no manejo da fadiga, que é um sintoma extremamente complexo, subjetivo, multidimensional e multifatorial, que afeta o indivíduo de forma global, segundo Pimenta et al 2006. Alguns estudos demonstram a importância do NTI no controle de sintomas. Um estudo de seis semanas de intervenção telefônica em 48 pacientes com câncer de mama, conduzido por Badger et al, demonstrou melhora na fadiga e depressão. Em 109 pacientes com câncer de mama, Yates et al evidenciaram que a intervenção telefônica resultou em melhora na capacidade de lidar com a fadiga ao longo de um período de uma a duas semanas. Já Given et al demonstraram que a intervenção de enfermagem melhorou a dor, a fadiga e o funcionamento físico e social, promovendo o autocuidado.

A intervenção telefônica realizada pelo enfermeiro é uma ferramenta importante e grande aliada no controle de sintomas. Ela auxilia na adesão ao tratamento, fornece segurança e, segundo Strom et al (2009), é simples, economiza tempo e é mais fácil que mobilizar o paciente até o local onde o atendimento está disponível, muitas vezes por motivos que podem ser resolvidos com uma orientação telefônica especializada.

Assim, não nos causou surpresa o fato de que os pacientes que receberam uma

NTI vivenciaram menor intensidade dos sintomas e melhor qualidade de vida do que aqueles que participaram de uma intervenção telefônica controle, já que quando o paciente busca esse contato ele procura acolhimento, informações e orientações que o ajudem a enfrentar as dificuldades e o sofrimento impostos pela doença. Mais estudos ainda serão necessários para determinar o real efeito do metilfenidato e avaliar os benefícios da intervenção telefônica da enfermeira em pacientes com CRF.

4

Palliative care for patients who died in emergency departments: analysis of a multicentre cross-sectional survey

Myriam Van Tricht, David Riochet, Eric Batard, Arnaud Martinage, Emmanuel Montassier, Gilles Potel, Philippe Le Conte

Emerg Med J 2012;29:795–797. doi: 10.1136/emermed-2011-200513

ABSTRACT

Objectives: A growing number of patients die each year in hospital emergency departments (EDs). Decisions to withhold or to withdraw life-support therapies occur in 80% of patients as described in a multicentre cross-sectional survey including 2420 patients. Palliative care has not been explored in patients dying in this setting. The aim of this study was to assess the incidence of palliative care and to describe this population.

Methods: The authors conducted a post-hoc analysis on a cohort of 2420 patients who died in 174 French and Belgian EDs. The authors identified patients who benefited from palliative care and described this population and the palliative care.

Results: Palliative therapies were administered to 1373 patients (56.7%). These therapies included administration of analgesics, sedation, mouth care, repositioning for comfort (as appropriate) and provision of emotional support to the patient and his/her relatives. These palliative measures were provided more frequently in the observation unit of the ED (n=908, 66.2%) than in an examination room (n=465, 33.8%). Median time interval between ED admission and death was longer in patients who received palliative care (n=1373) (median, 15 h; first quartile, 6 h; third quartile, 34 h) than in those who did not (n=1047) (median, 4 h; first quartile, 1 h; third quartile, 10 h) ($p < 10^{-4}$).

Conclusions: Palliative care is administered to about half of the patients who die in EDs. This is insufficient as the majority of the patients who died in EDs actually died after a decision to withhold or withdraw life-support therapies. End-of-life management must be improved in EDs.

COMENTÁRIO

Veruska Menegatti

Chefe da equipe médica do Centro de Atendimento de Intercorrências Oncológicas do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp)

Sim, morre-se cada vez mais em serviços de emergência, mas como se morre?

Com o intuito de avaliar a incidência de Cuidados Paliativos e descrever a população para a qual se destina essa intervenção em um departamento de emergência, delineou-se análise de um subgrupo de um estudo multicêntrico transversal com 2.420 pacientes que faleceram em 174 departamentos de emergência na França e na Bélgica durante dois períodos de dois meses, em 2004 e 2005.

A administração de Cuidados Paliativos para esses pacientes foi avaliada retrospectivamente através da busca em prontuário das seguintes informações: administração de analgésicos, sedação, cuidados com a boca, reposicionamento para conforto e provisão de suporte emocional para o paciente e seus familiares. Após a identificação dos pacientes que receberam Cuidados Paliativos (por se tratar de estudo retrospectivo, não foi possível identificar as necessidades para Cuidados Paliativos), os dois grupos foram comparados, excluindo-se da análise multivariada pacientes cujas informações estivessem incompletas.

Dos 2.420 pacientes do estudo, 51,5% morreram na unidade de observação do departamento de emergência, e os demais (1.174 pacientes) faleceram ainda nas salas de exames (o que, para nós, corresponde à sala de emergência). A admissão na unidade de observação foi direta e significativamente relacionada com o intervalo de tempo entre a admissão hospitalar e a morte (ou seja, quanto menor o intervalo, maior a possibilidade de esse óbito ocorrer ainda na sala de emergência). Ao avaliar as intervenções relacionadas com decisões de suspensão ou não introdução

de terapias de suporte de vida, observou-se que elas foram realizadas para 78,8% dos pacientes, ou seja, 513 pacientes faleceram sem quaisquer medidas relacionadas a limitações de cuidados.

Dos pacientes, 56,7% (1.373) receberam alguma intervenção paliativa: em 59% administraram-se analgésicos, 37% foram sedados, 35% receberam cuidados com a boca, 35% reposicionamento no leito para conforto e 27% dos pacientes e 54% dos familiares foram brindados com suporte emocional. Ao se analisar especificamente a população que recebeu Cuidados Paliativos, identificou-se que para 50% dos pacientes essas intervenções foram poucas.

Por sua vez, pacientes que receberam Cuidados Paliativos apresentaram um intervalo maior entre a admissão e a morte do que aqueles que não receberam. Ainda observou-se uma maior associação entre a administração de Cuidados Paliativos e as seguintes situações clínicas: história de doença hepática ou câncer metastático, morte atrelada a doenças neurológicas ou respiratórias, a decisão de suspender ou de não iniciar terapias para suporte de vida, e a localização do paciente na unidade de observação do departamento de emergência. Análise multivariada identificou como fatores significativa e independentemente associados com a administração de Cuidados Paliativos: etiologia neurológica para a doença aguda, uma classificação de Knauss igual a D (pacientes acamados), uma classificação de McCabe de 2 (pacientes com doenças potencialmente fatais, para as quais se estima a terminalidade em quatro anos, como anemia aplásica, carcinomas metastáticos, cirrose, doença renal crônica), a decisão para li-

mitar terapias para suporte de vida e um intervalo entre a admissão e a morte maior do que nove horas, além do local da morte, no caso, a sala de observação do departamento de emergência.

Há limitações nesse estudo: (1) análise retrospectiva que não permite identificar as necessidades do paciente quanto à analgesia e à sedação; (2) definição restrita de Cuidados Paliativos, refletida na inclusão de poucas intervenções representativas dessa prática clínica; (3) do-

cumentação deficitária de dados em prontuário, posto que para 146 pacientes houve registro de intervenção paliativa, porém sem especificá-la.

Evidencia-se cada vez mais a necessidade premente por melhorias no controle de sintomas em unidades de emergência. Isso gerou em território norte-americano um movimento entre os emergencistas que buscam nos Cuidados Paliativos uma subespecialidade. Enquanto se trabalha para a implantação

plena de uma prática paliativista prontamente acessível e pautada na interdisciplinaridade em departamentos de emergência, pode-se exercitar a atenção paliativa aos pacientes cujo cenário de morte configura-se no departamento de emergência, quando não na própria sala de emergência. Atenção voltada para o controle de sintomas que se estendem mais além do físico, em um intervalo de tempo ínfimo para os que ficam, mas eterno quando envolto em sofrimento. ■

QUEREMOS OUVIR VOCÊ!

A revista *Cuidado Paliativo*, publicação oficial da ANCP, tem a missão de trazer em suas páginas as questões mais importantes sobre Cuidados Paliativos hoje. Seja em forma de entrevistas, reportagens ou artigos, nosso objetivo é estimular o debate sobre o futuro que desejamos para os Cuidados Paliativos no Brasil.

Para isso, queremos ouvir você. Acreditamos que apenas através do diálogo e da troca de informações é possível alcançar os Cuidados Paliativos que tanto sonhamos para o nosso país.



Tem uma sugestão de pauta? Gostaria de escrever um artigo? Tem alguma experiência que gostaria de compartilhar? Escreva, critique, elogie, participe. A revista é sua!

Contato: ancpimprensa@paliativo.org.br



ATENÇÃO: o VI Congresso Internacional de Cuidados Paliativos será realizado em setembro de 2016. Programe-se!

Protocolo de Cuidados Paliativos Multiprofissional do Hospital Regional do Cariri

O Protocolo de Cuidados Paliativos (CP) do Hospital Regional do Cariri (HRC) foi instituído em maio de 2014, com base na estratificação da assistência prestada a pacientes criticamente enfermos, enfocando cuidados paliativos e a importância da equipe multiprofissional no acompanhamento desses pacientes.

Segundo as Recomendações para os Cuidados com o Fim de Vida nas Unidades de Terapias Intensivas do American College of Critical Care Medicine de 2008 e as Recomendações do Grupo de Estudos de Fim de Vida do Cone Sul adaptada pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira de 2011, as fases da assistência aos doentes se dividem em três níveis:

Fase 1: Maior possibilidade para a recuperação do que para o desfecho da morte ou para a irreversibilidade. Julga-se, de acordo com a beneficência e a autonomia, que a prioridade é o tratamento curativo/restaurativo.

Fase 2: Falta de respostas ou uma resposta insuficiente aos recursos utilizados, com crescente tendência ao desfecho morte/irreversibilidade. Estabelecido o consenso, a prioridade passa a ser a melhor qualidade de vida possível, e os cuidados que modifiquem a doença podem ser oferecidos quando julgados proporcionais.

Fase 3: Identificação da irreversibilidade da doença e da morte iminente. O cuidado paliativo passa a ser exclusivo¹.

Com base nessa estratificação, foram desenvolvidas no HRC cinco fases de assistência dentro do cuidado paliativo:

O Protocolo de Cuidados Paliativos do HRC norteia o trabalho de toda a equipe assistencial, escalonando as atividades dos profissionais de acordo com o nível de cuidado de cada paciente, que é estabelecido em reunião interdisciplinar e não meramente uma decisão médica isolada.

A enfermagem desempenha papel ímpar: é avaliadora dos sintomas e de sua in-

tensidade abrangendo uma visão humanística que considera não somente a dimensão física como também a psicossocial. Para o Cuidado Paliativo Precoce e Complementar, cabe à enfermagem manter a monitorização intensiva. Já no Cuidado Paliativo Predominante é individualizada a dor e são reforçados o prognóstico e a orientação aos familiares. Na Palição Exclusiva, nenhuma terapia fútil é realizada e toda a assistência visa o conforto do paciente².

A fisioterapia no Cuidado Paliativo Precoce e no Complementar investe intensamente nas funções motoras e cardiopulmonares, orientando quanto a marcha, coordenação e equilíbrio, postura e transferências (cama-cadeira de rodas/poltrona/cadeira de banho). Também são trabalhados mobilização e alongamento da caixa torácica, estimulação da tosse e reabilitação, para que, assim que possível, o paciente se torne independente, por exemplo, da oxigenioterapia. Na Palição Pre-



Luminosa Fotografia

Tabela 1 – Estratificação de cuidados paliativos a doentes gravemente enfermos

Cuidado Paliativo Precoce	<ul style="list-style-type: none"> - Manter suporte avançado de vida e reanimar, se houver parada cardiorrespiratória (PCR) - O paciente deve ser encaminhado a uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor - Assistência psicossocial e espiritual
Cuidado Paliativo Complementar	<ul style="list-style-type: none"> - O paciente continua a receber todo o suporte intensivo para manutenção da vida. A evolução do quadro, bem como a resposta ao tratamento instituído, devem ser rigorosamente monitorizadas: <ul style="list-style-type: none"> A. Paciente obtém melhora clínica com resposta satisfatória ao tratamento instituído – um evento adverso nesse contexto caracteriza-se como PCR, e deve-se proceder às manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) B. Paciente obtém respostas progressivamente insuficientes ou aquém do esperado para o tratamento instituído – um evento adverso nesse contexto deve ser considerado como morte e não devem ser realizadas manobras de RCP - Considerar evolução para CP predominante - Ponderar transferência para UTI - Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor - Assistência psicossocial e espiritual
Cuidado Paliativo Predominante	<ul style="list-style-type: none"> - O paciente já recebeu todo o suporte intensivo para manutenção da vida e apresenta falha ou resposta insuficiente aos recursos utilizados, com crescente tendência ao óbito - Não adicionar e/ou manter terapias fúteis - Não reanimar caso haja evento que culmine com a morte - Não deve ser encaminhado para a UTI - Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor - Assistência psicossocial e espiritual
Cuidado Paliativo Exclusivo	<ul style="list-style-type: none"> - Para esse paciente, a morte está prevista para horas, dias ou poucas semanas - Suspender todas as terapias fúteis, enfocando o controle de sintomas - Não deve ser encaminhado para a UTI - Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor - Assistência psicossocial e espiritual
Morte Encefálica	<ul style="list-style-type: none"> - Possível doador em caso de morte encefálica – seguir protocolo de potencial doador

dominante, respeitam-se as limitações do paciente, priorizando conforto e analgesia, assim como prevenindo imobilismo, deformidades e favorecendo o adequado posicionamento no leito. No Cuidado Exclusivo, são enfatizadas as orientações quanto à mudança de decúbito e ao melhor

posicionamento no leito para aliviar a dor e um possível desconforto respiratório².

A participação do serviço social no cuidado paliativo é fundamental para as orientações e encaminhamentos aos direitos sociais do paciente, para a verificação da rede de suporte formal e informal e para a

averiguação das condições do domicílio. O papel do serviço social se estende também ao apoio aos cuidadores, mediando a comunicação entre paciente/família/profissionais e garantindo suporte ao apoio espiritual. Caracteristicamente, nos Cuidados Paliativos Predominante e Exclusivo, há liberação

de visitas extras, em horários diferenciados para os familiares, e de pertences pessoais significativos que tragam maior conforto ao paciente, findando com o auxílio ao processo do luto e com os procedimentos relacionados à declaração de óbito, sepultamento e benefícios/seguros^{3,4}.

Em se tratando das metas nutricionais, nos pacientes em Cuidados Paliativos Precoce e Complementar é almejado o volume energético total pleno, fazendo a verificação de albumina a cada 15 dias e prevenindo ou tratando úlceras por pressão. Já em pacientes em Palição Predominante e principalmente Exclusiva, é realizada adaptação da dieta conforme preferências e desejo do doente, caso a via oral esteja pérvia^{4,5}.

Cabe ao fonoaudiólogo no Cuidado Paliativo Precoce e no Complementar aperfeiçoar a terapia voltada para a reabilitação da motricidade orofacial, tratamento e controle da disfagia. Já no Cuidado Predominante e no Exclusivo, reforçar a comunicação com o paciente não só pela linguagem oral, mas também estimular vias alternativas de comunicação; tentar preservar a expressividade da voz e da fala para que o paciente possa manifestar, até o fim, suas emoções, desejos, necessidades e vontades. Caso o paciente não consiga uma alimentação por via oral, considerar uma via alternativa e segura de alimentação, com estimulação indireta da musculatura orofacial e manobras facilitadoras da deglutição^{3,4}.

O papel do farmacêutico nos cuidados paliativos está principalmente focado em informar sobre as disponibilidades dos medicamentos aos demais membros da equipe, bem como as possibilidades farmacotécnicas e os aspectos legais, as interações medicamentosas, o uso e o armazenamento correto dos medicamentos. É fundamental a assistência aos familiares para garantir a disponibilidade, a adesão e a dispensação dos fármacos necessários para o tratamento, ressaltando os opioides^{6,7}.

A assistência psicológica em cuidados paliativos se dá através de intervenções contextualizadas nos respectivos estratos de palição. São oferecidas a pacientes e familiares intervenções – individuais e em grupo – de avaliação, acompanhamento, apoio, orientações e esclarecimentos, para favorecer a elaboração de conteúdos como o adoecimento, o corpo, as perdas, a morte e o luto. Em relação aos pacientes, essas intervenções têm frequência e duração maiores nos Cuidados Paliativos Precoce e Complementar do que nos Cuidados Predominante e Exclusivo, devido ao declínio de funcionalidade que caracteriza estes últimos^{4,8}.

A criação e a aplicação do Protocolo Multiprofissional de Cuidados Paliativos do HRC, através da sistematização da assistência, vêm solidificando uma padronização de condutas em setores diversos do hospi-

tal. Almeja-se ainda estimular a implementação de iniciativas semelhantes nos diversos serviços de saúde do país. ■

EQUIPE: Caroline Ohara Bezerra – Médica graduada pela Faculdade de Medicina de Juazeiro; Cristiana Macedo – Médica com residência em clínica médica e pós-graduação em cuidados paliativos pela UECE; Viviane Linard – Enfermeira especializada em cuidados intensivos; Danielle Meirelles – Enfermeira especializada em saúde coletiva; Rosennyldo Nóbrega – Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí; Ivo Saturno – Fisioterapeuta, mestrando em ciências da saúde; Renata Garcia – Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Integrada do Ceará; Aline Proto – Fonoaudióloga especializada em motricidade orofacial; Márcya Costa – Nutricionista pela Universidade Federal do Paraná; Saara Leal – Nutricionista pela Faculdade Santo Agostinho; Tinciane Oliveira – Assistente social especialista em serviço social e humanização; Tatiana Oliveira – Psicóloga com residência em psicologia hospitalar; Daniel Delmondes – Farmacêutico, mestre em ciências farmacêuticas

Sue Ann Ohara Bezerra – Médica com residência em clínica médica e pós-graduação em cuidados paliativos pelo Instituto Paliar

Patrícia Mauriz – Médica com residência em clínica médica e pós-graduação em cuidados paliativos pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Bibliografia:

1. Moritz, R. D. Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.
2. Cuidado Paliativo – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, São Paulo, 2008.
3. Dalacorte, R.R. et al. Cuidados Paliativos em Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

4. Carvalho, R. T; Parsons, H. A. F. Manual de Cuidados Paliativos ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2ª Edição São Paulo, 2012.
5. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional Oncológica, 2011.
6. De Lima, The International Association for Hospice and Palliative Care list of Essential Medicines for Palliative Care, 2010.

7. Machline, C. A assistência à saúde no Brasil, in Farmácia clínica e atenção farmacêutica, 1ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
8. Lazzaretti, C. T et al. Manual de Psicologia Hospitalar. Curitiba: Unificado, 2007.

Campanha promocional

A ANCP lançou no início do ano sua campanha promocional para novas associações e atualização de anuidade.

Os valores são válidos até 31 de março de 2015.

- Médicos: R\$ 315,20
- Não médicos: R\$ 200,00
- Institucional (empresas e entidades): R\$ 1.575,00
- Aspirante (estudante): R\$ 157,50

Ao se associar à ANCP, o profissional não apenas passa a receber benefícios exclusivos como associado, mas também se torna parte de um grupo de pensadores e formadores de opinião em Cuidados Paliativos. Para mais informações: contato@paliativo.org.br

Odontologia na mira



A ANCP agora conta com um Departamento de Odontologia. Sua oficialização aconteceu em meados

de novembro, durante a 1ª Jornada de Odontologia e Cuidados Paliativos do Hospital Premier, em São Paulo, SP.

O grupo de trabalho, que já conta com mais de 20 membros, já atua informalmente desde março de 2014, sob coordenação das dentistas Monira Kallás e Sumatra Jales. O objetivo do comitê é divulgar a atuação do cirurgião-dentista no cuidado de pacientes sob cuidados paliativos, realizar cursos para capacitação de cirurgiões-dentistas neste contexto, de modo a inseri-los na equipe multiprofissional de cuidados, e desenvolver estudos multicêntricos no Brasil e no exterior. Entre os temas prioritários para discussão estão sinais, sintomas e cuidados bucais em pacientes sob cuidados paliativos.

Pesquisa com profissionais de saúde

Ciente da importância de identificar as questões que influem na habilidade de profissionais de Cuidados Paliativos no enfrentamento da morte, a ANCP estabeleceu uma parceria com Fernanda Xavier Arena, assistente social especialista em oncologia e hematologia do RIS/Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (RS). Ela desenvolve a pesquisa "Protetores e variáveis de risco em profissionais de cuidados paliativos do sistema de saúde brasileiro", tema de sua tese de doutorado.

"O objetivo do estudo é conhecer os fatores que influenciam na competência de enfrentamento de profissionais que atuam com cuidados paliativos diante da morte, e como essa capacidade influi na sua qualidade de vida profissional e, por consequência, na qualidade de sua prática assistencial", explica a pesquisadora. "A análise dos resultados ajudará a desenhar ações assistenciais e formativas, com o propósito de melhorar a relação terapêutica através de estratégias individuais, interpessoais e organizacionais. Dessa forma, espera-se que o impacto emocional seja minimizado, de forma a prevenir o surgimento de consequências negativas."

A investigação pertence ao Programa de Doutorado em Promoção da Autonomia e Atenção Sócio-Sanitária a Dependência, do Departamento de Metodologia das Ciências de Comportamento da Faculdade de Psicologia da Universidade de Valência, na Espanha.

As respostas estão sendo coletadas através de uma pesquisa online. Trata-se de um questionário anônimo, auto administrado, com duração de 20 minutos. Para participar, basta acessar o link abaixo: <https://es.surveymonkey.com/s/YasoBrazil>.



Faculdade de Medicina de Jundiaí

A Faculdade de Medicina de Jundiaí, em Jundiaí (SP), agora também tem uma Liga de Cuidados Paliativos. "Foram três longos anos construindo com os alunos a compreensão sobre o cuidado paliativo, de conversas elucidativas com o diretório acadêmico e da discussão de uma possível liga interdisciplinar e inclusiva", explica a coordenadora do grupo, Karla Carbonari.

A Liga conta com graduandos e pós-graduandos de diversas áreas, como medicina, enfermagem, psicologia e fisioterapia, além de pessoas da comunidade envolvidas com algum serviço de saúde ou que tenham interesse em conversar sobre o tema.

"À medida que os encontros acontecem, discutimos as experiências de profissionais que integram o grupo, enriquecendo nosso referencial de prática em Cuidados Paliativos. Temos também o cuidado de disponibilizar um serviço de apoio ao estudante em horários além da atividade da Liga, uma vez que sabemos que este assunto mobiliza muitas emoções", conta Karla.

PLANOS PARA 2015: *encontros mensais para discussão de temas como luto, espiritualidade e comunicação, bem como atividades práticas, leitura e debate de livros e workshops.*



Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade do Cariri (LIASE)

A Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade do Cariri (LIASE) surgiu na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri em 2012, ainda como grupo de estudos informal para professores e alunos, e desde já aberta a interessados de todas as áreas da saúde e afins. A partir de 2013, a LIASE vem se consolidando como projeto de extensão universitária, abordando ensino, pesquisa, extensão e cultura em suas ações.

"Dentro de uma perspectiva de construção coletiva e autônoma do conhecimento, a LIASE se apresenta como espaço agregador de estudantes, pesquisadores e profissionais de áreas da saúde e correlatas da região do Cariri", explica Arthur Fernandes, coordenador-geral da Liga.

Segundo ele, a espiritualidade pode ser entendida como a busca pessoal por significado e sentido para a vida, que pode ou não estar relacionada à religião. O lema da LIASE Amor e Ciência representa

também o anseio coletivo dos seus membros: capacitar-se em saúde das dimensões do corpo, da mente e da espiritualidade.

PLANOS PARA 2015: *treinamentos teórico-práticos em anamnese espiritual, discussões quinzenais de casos clínicos, início de pesquisas na faculdade e articulações com profissionais de saúde para auxiliar a consolidar as equipes de Cuidados Paliativos da região, propondo também a criação e a integração de Núcleos de Assistência Espiritual à equipe.*



Liga de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

A Liga de Cuidados Paliativos da FMUSP nasceu para preencher uma lacuna entre o ensino e a vivência dos alunos de medicina. "Durante o curso, é frequente o contato dos alunos com pacientes em final de vida. Tal frequência contrasta com a pouca preparação que o estudante tem, durante a faculdade, para adquirir os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para exercer essa modalidade de cuidado", explica Tiago Kietzmann, diretor da Liga.

As atividades da Liga de CP tiveram início em 2007, no Ambulatório de CP, na ocasião dentro do Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas – FMUSP (HCFMUSP). Elas estiveram vinculadas temporariamente ao Ambulatório de CP Geriátricos e atualmente já estão estabelecidas nas diferentes modalidades de assistência que compõem o núcleo de CP do HCFMUSP (ambulatório, enfermaria e hospice). No ano passado, foram iniciadas atividades no ambulatório de CP do Icesp e do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

"A Liga de Cuidados Paliativos atua principalmente oferecendo aos alunos a possibilidade de conhecer o dia a dia dos serviços de CP do complexo HC-FMUSP. Dessa maneira, eles acompanham os atendimentos dos diversos profissionais em sua atuação direta com os pacientes, com a família, nas discussões de casos de equipes e discussões multidisciplinares", informa Kietzmann.

PLANOS PARA 2015: *oficinas quinzenais de comunicação; atividades semanais de acompanhamento dos serviços acima mencionados; curso introdutório da Liga, obrigatório para quem quer participar da Liga e aberto aos interessados; II Simpósio Universitário de Tanatologia, previsto para o segundo semestre.*

A **INFORMAÇÃO** ESTÁ INDO **MAIS LONGE QUE A DOR.**

A Mundipharma com o apoio da SBED está realizando a campanha: "Com Informação Vou Mais Longe Que a Dor".

Uma campanha que está mapeando os problemas da dor no Brasil por meio de uma pesquisa que aponta as principais reclamações dos brasileiros e como esse problema afeta a população.

- Mais de 80% dos brasileiros sofrem de **dor de cabeça**.
- 60% dos brasileiros **deixaram de participar de atividades sociais** ou do trabalho devido à dor.
- Apenas 20% dos brasileiros recorrem ao tratamento de algum tipo para **dor crônica**.

Saiba mais no: www.voumaislongequeador.com.br

COM INFORMAÇÃO
VOU MAIS LONGE QUE A

DOR



COM INFORMAÇÃO
VOU MAIS LONGE
QUE A DOR

Apoio:



Realização:



SER LÍDER DE MERCADO É COLOCAR O BEM-ESTAR DAS PESSOAS EM PRIMEIRO LUGAR.



Nada é mais importante do que fazer a diferença na vida de quem convive com a dor. É essa forma de pensar e agir que faz da Mundipharma uma das líderes nos segmentos onde atua, sempre com muita inovação e produtos de alta qualidade.



Mundipharma Brasil Prod. Med. Farm. Ltda
Rua Verbo Divino, 2001 - conj 162 - 16º andar
CEP 04719-002 - São Paulo - SP