

revista **Cuidado** *Paliativo*



"Esta imagem representa os cuidados paliativos para mim porque mostra como é importante conservar as paixões das pessoas que a gente ama, mesmo na doença."

Débora Marchetti,
vencedora do 1º Concurso Fotográfico da ANCP

CAPA

Cuidados paliativos
na Atenção Primária

COM A PALAVRA

Claudia Naylor, ex-diretora do Hospital
Unidade IV de Cuidados Paliativos do
Inca, fala sobre evolução, desafios e
perspectivas para os CP no Brasil

PONTO DE VISTA

Artigos selecionados
e comentados por especialistas



VIVER
SEM
DOR

ESTE É UM
SONHO
POSSÍVEL.

Sobre a dor de seus
pacientes para longe.

Pelo menos **30%** da população brasileira se queixa de algum tipo de dor. Pensando nisso, a **Mundipharma** criou, com o apoio da **Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**, o **Viver Sem Dor**, um programa para pacientes que compartilha **informações** relevantes, auxiliando na busca por maior qualidade de vida.



VOCÊ, MÉDICO, TAMBÉM
FAZ PARTE DESSE SONHO.

www.programaviversemdor.com.br

Apoio:



**DIRETORIA NACIONAL (2014-2015)
E CONSELHO EDITORIAL**

Presidente

Maria Goretti Sales Maciel (SP)

Vice-Presidente

Julieta 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

Inês Tavares (CE)

Mirlane Cardoso (AM)

Mirella Rebelo (PE)

Jurema Telles (PE)

Rita de Cássia Deway 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 NORTE-NORDESTE

Presidente

Danielle Soler Lopes (RN)

Vice-Presidente

Penélope Matos Wirtzbiki (CE)

Diretor científico

Raimundo Felipe F. de Aguiar (CE)

Primeiro secretário

Glenda Maria S. Moreira (PI)

Segundo secretário

Vanise Barros Rodrigues da Motta (MA)

REGIONAL SUL

Presidente

Julieta Carriconde Fripp (RS)

Tesouraria

Laiane Moraes Dias (PA)

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

Luciana Rodriguez

Pré-impressão e impressão

Leograf Gráfica e Editora Ltda

Tiragem


3 mil exemplares

ISSN 2359-1463

Contatos ANCP

(11) 9-4454-0323

contato@paliativo.org.br

 **DÍNAMO EDITORA**

(11) 2337-8763

contato@dinamoeditora.com.br

www.dinamoeditora.com.br

Sumário

- 4** EDITORIAL
- 5** CAPA
Cuidados paliativos na Atenção Primária: veja como a intervenção precoce influencia na qualidade de vida do paciente
- 10** COM A PALAVRA
A cirurgiã oncológica Claudia Naylor fala de CP no setor público e traça um panorama da área no Brasil
- 16** PONTO DE VISTA
Estudos selecionados a dedo e comentados por especialistas
- 20** EM FOCO
Relato de experiência: capacitação online em cuidados paliativos para profissionais atuantes na Atenção Básica
- 28** ANCP EM PAUTA
Confira as novidades da ANCP
- 30** 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.

Vozes unidas



No mês em que comemoramos o Dia Mundial dos Cuidados Paliativos, é um orgulho imenso constatar o tamanho do engajamento dos profissionais brasileiros com os cuidados paliativos. A campanha mundial, encabeçada pela World Hospice and Palliative Care Association (WHPCA) para marcar o dia 10 de outubro, foi "Hidden Lives, Hidden Patients", que destaca grupos geralmente ignorados pelas políticas de cuidados paliativos, como crianças, prisioneiros e populações rurais.

Por aqui, o mote foi traduzido como "Vidas Esquecidas, Pacientes Ocultos". Embora alinhada com a iniciativa global, a campanha em português também foi utilizada para reivindicar políticas públicas de cuidados paliativos no Brasil. O banner oficial foi divulgado por um sem-fim de instituições do país, que usaram a oportunidade para desenvolver ações especiais e criativas e mostrar um movimento paliativista cada vez mais robusto e coeso. O Hospital Universitário da Universidade Federal de Pelotas, no Rio Grande do Sul, promoveu um Dia de Lazer, com atividades para adultos e crianças; em São Paulo, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o maior da América Latina, foi salpicado com banners da campanha; em Minas Gerais, a Sotamig promoveu uma manhã de discussão sobre diretivas antecipadas de vontade; em Pernambuco, a Universidade de Pernambuco organizou uma roda de conversa sobre cuidados paliativos para estudantes de medicina e enfermagem – e essas são apenas algumas ações! Convido a todos a visitar nossa página no Facebook, onde fizemos uma cobertura em tempo real das iniciativas que aconteciam pelo Brasil. Foi lindo ver tantas ideias implementadas com carinho e comprometimento. Não me canso de dizer que é um privilégio imenso fazer parte desse grupo que vem mudando a forma como se encara e se pratica a medicina em nosso país.

Inspirados por esse entusiasmo, estamos ainda mais empenhados nos preparativos para o VI Congresso Internacional de Cuidados

Paliativos, que será realizado entre 21 e 24 de setembro de 2016 em Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul. Teremos uma programação científica de primeira, palestrantes do mundo todo e muitas atividades para promover ainda mais a troca de experiências e conhecimento entre profissionais e os diferentes serviços pelo Brasil. Acredito que, juntos, nossa voz é mais forte para reivindicar as mudanças tão necessárias. Programe-se para participar. Será uma oportunidade única, num momento decisivo nos cuidados paliativos brasileiros. Sua presença fará uma enorme diferença.

Além do Dia Mundial de Cuidados Paliativos, outubro foi muito especial para mim por uma outra razão: ter sido uma das finalistas do Prêmio Claudia 20 anos, promovido pela Editora Abril e pela Natura, foi uma experiência incrível, não apenas pessoal, mas profissional. A visibilidade que tivemos para a causa dos cuidados paliativos era algo que habitava somente nossos sonhos há apenas uma década. Hoje essa discussão saiu dos cantos mais escuros dos hospitais, onde se falava sobre o tema aos sussurros, e começa a ganhar as ruas, em voz forte e clara. Numa linda terça-feira, quem diria, os cuidados paliativos eram uma das estrelas de uma noite de gala no Auditório do Ibirapuera, junto com outras causas, como preservação ambiental, fim do trabalho escravo e combate ao assédio sexual. Nossa jornada, muitas vezes árdua, está valendo a pena.

Esta é a última edição da revista *Cuidado Paliativo* de 2015. Por isso, aproveito a oportunidade para agradecer por todo o seu apoio à ANCP e por reconhecê-la como a principal entidade de representação dos cuidados paliativos no país. Com uma década de vida, reafirmamos nosso compromisso de trabalhar sempre em prol de cuidados paliativos de qualidade, sempre com foco no paciente. Não há dúvida de que ainda há muito a ser feito, mas temos razões de sobra para otimismo.

Boa leitura!

Maria Goretti Maciel
Presidente da ANCP

Intervenção precoce dos cuidados paliativos por uma melhor qualidade de vida

Iniciativas colocam em evidência a necessidade de uma intervenção mais precoce dos cuidados paliativos

Por Luciana Rodriguez

Recentemente uma importante parceria entre a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) deu origem ao Comitê Permanente de Cuidados Paliativos na Atenção Primária. A iniciativa colocou em evidência a necessidade de uma intervenção mais precoce dos cuidados paliativos a fim de impactar o quanto antes na qualidade de vida dos pacientes.

A presidente da ANCP, Maria Goretti Sales Maciel, que também é membro da Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina (CFM) e diretora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE-SP), frisou que o objetivo desse comitê é agregar profissionais interessados em promover uma grande discussão que fomente um movimento a favor da inclusão dos cuidados paliativos em todos os níveis de atenção à saúde.

Segundo Goretti, a Atenção Básica é uma oportunidade única de implementar o cuidado paliativo em todas as etapas do adoecimento, desde a identificação precoce dos problemas do paciente e da família no momento do diagnóstico de uma doença grave até a fase do luto familiar. "Para que o cuidado paliativo aconteça de forma fluida e natural no Brasil, é fundamental treinar as equipes de saúde da família e as unidades básicas de atendimento para a identificação de problemas e a solução de situações de menor complexidade e encaminhar para atendimento especializado os problemas mais complicados. Esse time

também deve dar conta da execução de um plano de cuidados individualizado, que pode ir desde ajustes de terapêutica específica para determinados sintomas até o acolhimento da família no processo da perda, envolvendo recursos de solidariedade da comunidade. Esse é o caminho mais forte e mais seguro para dar capilaridade ao cuidado paliativo no Brasil", comenta Goretti.

O envelhecimento da população brasileira e o consequente aumento de doenças graves com grande impacto na mortalidade levam a uma necessidade cada vez mais evidente por um cuidado diferenciado na fase final da vida desses pacientes. Entretanto, no Brasil ainda existem poucos serviços de cuidados paliativos integrados a hospitais especializados. Alguns países já o consideram na Atenção Primária à Saúde (APS), mas a realidade brasileira ainda enfrenta grandes desafios. É preciso lembrar ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS) também reconhece a importância de uma maior ênfase no cuidado paliativo a ser oferecido na Atenção Primária e em conjunto com a comunidade.

Situação brasileira no cuidado paliativo precoce

O médico de família Santiago Corrêa, que tem mestrado em ciências médicas pela Universidade de São Paulo e é criador do Projeto Estar ao Seu Lado – Cuidados Paliativos na Atenção Primária (*ver quadro*), contextualizou o cuidado paliativo em nosso país. O cenário é complexo, visto que até mesmo pacientes em fases mais avançadas da

”A inserção precoce dos cuidados paliativos nos serviços de saúde e na prática das equipes significa mais qualidade de vida para os usuários.”

doença, em muitos hospitais espalhados por todo o território nacional e em outras instituições de saúde, ainda não têm acesso aos cuidados paliativos. Atrelados a isso estão custos desnecessários e o enorme desafio de inseri-los na Atenção Primária.

”O Brasil tem uma Política Nacional de Atenção Primária desde 2006, em que define a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de Atenção Primária a ser seguido. No entanto, essa estrutura não é aproveitada para oferecer cuidado paliativo. Certamente seria possível prover cuidados paliativos nas unidades vinculadas à ESF, desde que houvesse capacitação e suporte para tal. Infelizmente estamos pensando o sistema de uma forma que impedirá que a imensa maioria da população tenha acesso ao cuidado paliativo como é oferecido hoje, ou seja, plenamente hospitalar”, disse Corrêa.

De acordo com o médico, a Atenção Primária atende a maioria da população que precisa de cuidado paliativo, algo em torno de 70%, e nem sempre é preciso que esse atendimento seja realizado por especialistas, pois são necessidades menos complexas. “Mesmo que a pessoa precise eventualmente de um atendimento especializado, ela acabará a maior parte de seu último ano de vida sob a atuação de uma equipe de Atenção Primária, como a ESF”, ressalta.

O médico complementa ainda que ao restante da população caberiam outros níveis de atenção em que o especialista é essencial e, para esses níveis, deve haver leitos em hospitais e locais específicos de atendimento, como hospices. “Os pacientes atendidos nesses níveis específicos são os de maior complexidade. A questão não é a inviabilidade do especialista ou de local especí-

fico para atendimento, mas é preciso lembrar que é possível atender a maior parte da população com necessidades mais básicas em um nível primário. O especialista é responsável por necessidades mais complexas, é fonte de ensino e elabora protocolos. Isso é o que defende a OMS. Os países que têm mais hospices, como a Inglaterra, já o fazem por um motivo simples: a boa utilização do recurso público. Assim é desejada a melhor utilização do recurso público para o bem da maioria da população”, diz.

Para Corrêa, o modelo atual não compreende a atuação da Atenção Primária vinculada a centros comunitários. Dessa forma, os pacientes acabam recebendo cuidados paliativos apenas em uma fase mais avançada – isso quando recebem, e somente ao serem internados em hospitais ou locais específicos em poucas cidades, infelizmente. “Não há um modelo integrado de cuidado paliativo no Brasil. Não há um pensamento de saúde pública nesse aspecto. Para exemplificar: a Atenção Primária atende um paciente que precisa de cuidado mais complexo, daí surgem inúmeros questionamentos. Para onde referencio? Quem dará o suporte? Onde existem centros de referência para tal situação? E na Atenção Primária: de quem você está cuidando? Que recursos são necessários? São muitas questões, mas ainda poucas respostas”, comenta.

“Observamos que a maioria da população que precisará de cuidado paliativo não terá acesso a especialistas, leitos ou locais específicos, porque eles não existem em número suficiente para suportar toda a demanda e nem é viável economicamente. Para que esse cenário seja modificado, é preciso muito trabalho, os profissionais da Atenção Primária devem ser capacitados, entre muitas outras condições”, ressalta.

Impacto da inserção precoce do cuidado paliativo

Corrêa ressaltou a necessidade de uma ampla mudança no pensamento acerca do cuidado paliativo. “Ainda vemos pessoas defendendo situações voltadas ao último período da doença, oferecendo o cuidado paliativo somente na fase mais avançada. Há uma necessidade de adquirirmos uma cultura de cuidado que

veja o paciente, mesmo aquele com alguma possibilidade de cura, com uma imensa chance de receber o cuidado paliativo. No caso da Atenção Primária, isso vai desde receber a educação necessária para tal e ter recursos para isso, mas fundamentalmente deixar de olhar o paciente como 'crônico'. Dessa forma é possível lhe oferecer o que é devido, que é um cuidado paliativo capaz de suprir a maior parte de suas necessidades. Trata-se de um processo longo e que exige uma mudança na cultura acerca do cuidado", diz.

Alguns estudos recentes mostram que, quanto antes oferecido o cuidado paliativo, melhor e mais se vive. "No nosso dia a dia de Atenção Primária é possível observar isso. Nossos pacientes recebem atenção às suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais desde muito cedo, e isso faz toda a diferença, porque eles têm a sensação de suporte, conforto e proteção. Não tenho dúvida de quanto os pacientes que participam do Projeto Estar ao Seu Lado – Cuidados Paliativos na Atenção Primária estão sendo beneficiados. O maior respaldo para nossa atuação vem deles e de seus familiares, e escutar 'Vim aqui porque é você que cuida de mim, na verdade' nos dá imensa satisfação. Pessoas doentes estão se mudando para nossa área para poder receber esse tipo de cuidado diferenciado. Isso é positivo e traz imensa

responsabilidade para toda a nossa equipe. Conseguir oferecer um cuidado pleno, sistematizado de acordo com as necessidades de cada paciente, pensado de forma individual, possibilita, além do alívio da dor total, uma educação acerca da morte e do morrer e do cuidado em si. Isso capacita e prepara pessoas doentes e suas famílias para caminhar esse longo caminho. E a nós compete ser os seus companheiros nessa jornada", conta Corrêa.

Elma Zoboli, professora associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, entende que a inserção precoce dos cuidados paliativos – ou seja, a partir do diagnóstico das doenças crônicas, progressivas, debilitantes ou que ameaçam a continuidade da vida – é uma resposta responsável dos serviços, equipes e governo às transformações no tipo de ocorrência das doenças na população brasileira, em decorrência do novo perfil populacional e das mudanças de caráter econômico e social.

"Para que essa inserção seja, de fato, o mais precoce possível é preciso integrar os cuidados paliativos aos serviços e redes de saúde já existentes, especialmente nas estratégias de assistência que preveem atenção domiciliar, já que os cuidados paliativos básicos não exigem equipe especializada, mas profissionais de saúde capacitados e que disponham de recursos. A inserção

Projeto Estar ao Seu Lado – Cuidados Paliativos na Atenção Primária

Esse projeto é pioneiro no Brasil e foi criado pelo médico Santiago Corrêa e pela enfermeira Carla Mazuko. É executado na área 29 da Estratégia Saúde da Família, Unidade de Saúde PPV, no bairro Castelo Branco I, no Rio Grande, Rio Grande do Sul. A ideia do projeto surgiu após seus criadores observarem que não havia registros de equipes oferecendo cuidado paliativo na Atenção Primária de forma sistematizada, com capacitação da equipe e sensibilização da comunidade.

O projeto capacita profissionais de saúde por meio de en-

contros mensais que debatem informações específicas sobre cuidados paliativos para diferentes especialistas. Além disso, desenvolve ações para conscientizar a comunidade sobre o papel e a importância do cuidado paliativo, com foco nos seus benefícios quando introduzido precocemente. Aprovado pela Fundação Federal de Rio Grande e cadastrado no Sistema de Informação e Gestão de Projetos (SIGProj), o Estar ao Seu Lado visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O projeto tem se destacado tanto que foi selecionado para exposição oral na 4th International Conference of Public Health and Palliative Care, em Bristol, na Inglaterra, que ocorreu em maio deste ano.

”O cuidado paliativo é uma urgência de saúde pública no Brasil e deve ser considerado como tal.”

precoce dos cuidados paliativos nos serviços de saúde e na prática das equipes significa mais qualidade de vida para os usuários”, diz a enfermeira, que também é pesquisadora da área de Atenção Primária, saúde pública e bioética.

Outro importante aspecto levantado pelo médico de família Corrêa são os exemplos bem-sucedidos pelo mundo na integração dos cuidados paliativos na Atenção Primária, que deveriam inspirar o sistema de saúde brasileiro. “As iniciativas no exterior vêm dos próprios sistemas de saúde nacionais, com formação de base científica acerca do tema e muita gente importante trabalhando para que isso seja possível. Países como Inglaterra, Espanha, Irlanda, Canadá, Austrália, entre outros, podem ser citados como bons exemplos, que trabalham de forma a otimizar o sistema e os recursos para atender mais e melhor, com o máximo aproveitamento do bem público. Esses países certamente têm suas dificuldades, mas em cada um deles o cuidado paliativo na Atenção Primária é uma realidade. Aqui ainda é um sonho muito distante de ser concretizado. No entanto, é nosso dever e nossa responsabilidade transformar esse sonho em realidade”, desabafa.

“Na Inglaterra, 100% da população é coberta por *general practitioners* (GPs), clínicos gerais que atendem na Atenção Primária. O país tem a Atenção Primária ao lado da comunidade, e veja que lá os hospícios já têm inserção na comunidade, trabalhando ao lado dos cidadãos e das equipes locais. Há um reconhecimento vindo dos profissionais mais especializados no cuidado paliativo sobre a necessidade de que se faça mais na Atenção Primária, inclusive por uma utilização maior e melhor de recursos públicos”, diz Corrêa.

Perspectivas futuras

A enfermeira Elma ressaltou importantes desafios a serem enfrentados para a inserção precoce dos cuidados paliativos na atenção à saúde. “São muitos os desafios, e eles dizem respeito aos profissionais, aos serviços, às instituições de formação, às políticas de saúde e à população. Começando por esta última, é preciso trabalhar a crença corrente de que cuidados paliativos são reservados apenas para quem está morrendo. Quanto aos profissionais e às instituições de formação, é preciso trazer os cuidados paliativos enquanto filosofia de assistência e técnicas para a agenda da assistência e do ensino, pois muitas vezes não se consideram as transformações do perfil populacional e epidemiológico na estruturação dos serviços e dos currículos”, comenta.

“É preciso também melhorar aspectos comunicacionais na Rede de Atenção à Saúde, com mecanismos formais de referência e contrarreferência entre os diversos pontos de atenção. Quanto à comunicação, também a que ocorre entre os usuários, familiares e profissionais deve ser melhorada, sendo que as equipes multiprofissionais precisam ser mais preparadas para lidar e comunicar as notícias difíceis. Os serviços têm de se estruturar para a continuidade dos cuidados no domicílio e para o uso das medicações controladas. No caso do nosso país, os cuidados paliativos ainda estão vinculados somente à oncologia. Assim, é preciso incluí-los nas políticas de saúde como um todo, prevendo-os nos diferentes níveis de atenção e assistência”, explica Elma.

Em relação ao futuro, Corrêa frisa que há muito trabalho pela frente. “O cuidado paliativo precoce já é bem fundamentado pela OMS e pelos países que fazem isso há muito tempo e de forma melhor que nós. A Inglaterra, onde tudo começou e que é berço da filosofia moderna dos cuidados paliativos, preconiza esse tipo de abordagem porque é um bom custo-benefício para a população como um todo”, explica.

O médico resalta ainda que o sistema não comporta os custos de tanto sofrimento e, por isso, necessita de uma readequação

e de uma abordagem que enxergue o cuidado paliativo como um problema real de saúde pública. "O bom uso do recurso público exige cuidar de mais gente da melhor maneira possível. E isso só se consegue com uma integração do cuidado paliativo em todos os setores, mas com ênfase na Atenção Primária e com a comunidade ao lado", enfatiza.

"O cuidado paliativo é uma urgência de saúde pública no Brasil e deve ser considerado como tal. É um direito de todo cidadão brasileiro e deve ser sempre oferecido. Esses são tópicos que deveriam ser levados em consideração quando se fala neste assunto no Brasil, mas ainda estamos longe disso. Seguimos combatendo as formigas que comem as flores, mas não atacamos o formigueiro, de forma a buscar tentar resolver o problema. To-

davia, tento ver pelo lado positivo: hoje já temos espaço para dizer isso em uma revista específica de cuidados paliativos, e isso é um avanço", lembra Corrêa.

Por fim, o médico comentou sobre outras iniciativas que vêm sendo idealizadas e buscam trilhar seu caminho, como o Comitê Permanente dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde da SBMFC e da ANCP, o que mostra o interesse em reconsiderar uma série de situações e propor um novo rumo. Ele complementou ainda que, da mesma maneira que existem iniciativas próprias dispersas em todo o país, outras virão. "O projeto Estar ao Seu Lado é uma delas, e torço para que ao longo do tempo apareçam outras. Faz muita diferença para a população atendida e para a comunidade como um todo", conclui. ■

Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos na Assistência Precoce aos Pacientes da Fundação CECON – Amazonas

A Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) implantou, em 1997, o Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos (STDCP), que surgiu a partir do Ambulatório de Dor como um ponto de partida para um compromisso com uma nova forma de cuidar.

O objetivo é proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados ao câncer através da prevenção e do alívio do sofrimento – por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor – e de outros problemas de ordem física, psicológica, social e espiritual. "Por sua definição, os cuidados paliativos devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença potencialmente mortal", explica Antonina de Castro Pontes, assistente social do STDCP/FCECON.

Hoje, a instituição conta com uma equipe multiprofissional formada por médicos anestesiológicos, médicos generalistas, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, capelães e técnicos de enfermagem. "Trata-se de uma abordagem que não só permite a assistência ao doente, mas também o desenvolvimento de ensino e pesquisa de residentes e acadêmicos de medicina, psicologia e serviço social", conta.

Antonina recorda o caso recente de uma jovem paciente, portadora de uma neoplasia de tecido conjuntivo de partes moles, que recebeu rapidamente auxílio da equipe multiprofissional do STDCP. "O caso mostrou a importância de implementar os cuidados paliativos precocemente na assistência global ao paciente oncológico, com o reconhecimento de que a prevenção dos sintomas e complicações inerentes à doença é primordial", relata. "Nesse caso, a equipe multiprofissional desempenha um papel facilitador na resolução de problemas em todas as fases da doença."

Muito mais que carinho e morfina

Por Lilian Liang

Como tantos outros profissionais que se enveredaram pelos cuidados paliativos, a incursão da cirurgiã oncológica Claudia Naylor nesse universo tão peculiar foi resultado de um sentimento de desconforto. "Mesmo durante meu treinamento como residente em cirurgia oncológica no Inca [*Instituto Nacional de Câncer*], sempre me afligiu a situação de 'não haver mais nada a fazer' para os pacientes que não tivessem possibilidade de cura após nossa intervenção", conta a carioca. "Me causava grande desconforto o 'biombo' encobrindo e separando um paciente em cuidados ao fim de vida dos cuidados continuados oferecidos aos outros pacientes nas enfermarias."

O Inca é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil, que incluem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Embora naquela época o Inca já contasse com uma equipe de cuidados paliativos, Claudia se lembra de que o grupo não dava conta da "enormidade das necessidades institucionais". "Assim, nós, cirurgiões da 'equipe dura' do Inca, não tínhamos um contato que fizesse a diferença na formação", afirma.

A cirurgiã finalmente encontrou alento para sua inquietação durante a especialização em cirurgia oncológica na Inglaterra, logo após o término da residência. "Conheci o termo *hospice* e a grandeza do que encerrava essa pequena palavra. Meu programa de *fellow* em cirurgia foi alterado para cuidados paliativos. Conheci Cicely Saunders [*enfermeira e médica inglesa precursora dos cuidados paliativos modernos*] e desfrutei de uma tarde inteira em sua companhia, que era sua rotina de boas-vin-

das", recorda. "No St. Christopher's Hospice fui presenteada com todas as melhores práticas, princípios e conceitos dos cuidados paliativos, que vivo até hoje."

Claudia foi diretora do Hospital Unidade IV de Cuidados Paliativos do Inca entre 2002 e 2014. "Continuo como cirurgiã oncológica, pois me sinto também bastante realizada em atuar com intenção curativa. Isso, porém, em nada se contrapõe aos cuidados paliativos, que, devo dizer, preenchem boa parte de minha vida profissional", relata.

Confira a seguir a entrevista completa com Claudia Naylor.

■ ■ Os cuidados paliativos no Inca começaram em 1986, ainda no HC II, como Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica. Que avanços você destacaria nessa trajetória até chegar ao modelo atual (HC IV)?

O programa no Inca se iniciou com uma equipe de profissionais da instituição atuando voluntariamente, mas já com um princípio bem sedimentado de cuidado integral ao paciente. Esses pacientes com câncer avançado, que haviam esgotado seu tratamento antitumoral ou estavam matriculados na instituição sem indicação terapêutica curativa, tinham como proposta a continuidade de seu cuidado, com um estímulo ao acompanhamento domiciliar. Já naquela época estruturou-se uma equipe para visitas domiciliares, um diferencial para a humanização dos cuidados e para a apresentação dos princípios dos cuidados paliativos a todo o Inca, mas ainda para poucos pacientes.

Uma vez que esses princípios foram sedimentados e valorizados dentro do Inca, no final de 1998 foi construída uma Unidade de Cuidados Paliativos, com prédio próprio, equipe multiprofis-

“A grande disponibilidade de recursos financeiros e humanos não é fator determinante na instituição da prática dos cuidados paliativos, em qualquer estrutura.”

sional própria especializada e gerenciamento individualizado dentro da instituição. O grande avanço nesse tempo foram a identificação e o atendimento das necessidades individuais dos doentes, que a partir desse momento, além dos cuidados em domicílio, tinham à disposição uma abordagem em um centro especializado em cuidados paliativos para sua avaliação, cuidado efetivo e suporte a seus familiares. Modalidades de acompanhamento ambulatorial, de internação com leitos próprios e mesmo a disponibilidade de uma emergência própria foram fundamentais para a continuidade do cuidado desses pacientes e para o treinamento contínuo de uma equipe que se tornou altamente especializada na área.

■ ■ **A prática dos cuidados paliativos como determinados pela OMS é difícil mesmo em instituições privadas, com grande acesso a recursos financeiros e humanos. Como fica essa prática num hospital público? Quais os principais desafios encontrados à frente do serviço de CP no Inca?**

A grande disponibilidade de recursos financeiros e humanos não é fator determinante na instituição da prática dos cuidados paliativos, em qualquer estrutura. Uma realidade reverbera no cotidiano do nosso sistema de saúde público ou suplementar: pacientes fora de possibilidade de cura que lotam serviços, recebendo assistência focada na terapêutica curativa, com métodos invasivos e alta tecnologia. Essas abordagens desnecessárias, futilidades terapêuticas, levam ao aumento do sofrimento e de sintomas físicos, desconsiderados do ponto de vista do tratamento pelos médicos e pela equipe de profissionais de saúde.

No Brasil, país que integra grandes diferenças sociais, eco –

nômicas e culturais em seu território, observam-se diferenças também na construção de estruturas de serviços. No entanto, há que se perceber que a maioria (não a totalidade, que fique bem claro) das autoridades técnico-científicas na área de cuidados paliativos, que inclusive tem seu nome ligado à luta pelos cuidados paliativos há anos, se relaciona (ou se relacionou) a um serviço público de saúde, onde não poupou esforços para organizar e estruturar seu serviço, mesmo sem qualquer política ou estabelecimento de modelos de financiamento para lhe dar apoio.

No Inca, desde os primórdios dos cuidados paliativos na instituição, já se observava um apoio da gestão maior a essa iniciativa, o que foi fundamental para seu sucesso. Também é importante registrar a participação decisiva da Fundação do Câncer (Fundação Ari Frauzino, à época) para a implantação e a manutenção do projeto, que seria inviável sem esse suporte.

O maior desafio foi colocar a Unidade de Cuidados Paliativos no mesmo nível de importância técnico-científica e administrativa que as outras quatro unidades, classicamente curativas. Com uma equipe robusta, preparada e especializada na área, mostrando os resultados para a instituição através da construção e apresentação de indicadores de qualidade e produção, atuando propriamente no ensino e na educação continuada, a valorização da unidade foi sedimentada.

Os projetos diferenciais, como o suporte espiritual através da capelania, o modelo terapêutico Day Care, a visitação de animais de estimação e tantos outros, nunca antes pensados para a unidade, foram alcançados – não sem apresentações e discussões pertinentes previamente à implantação, mas com um recebimento bastante aberto.

No entanto, o encaminhamento mais precoce dos pacientes ainda é uma questão para a unidade, bem como a segurança e o conforto para as equipes de assistência domiciliar, que atingem a distância de até 80 quilômetros para atender os pacientes em casa, numa cidade grande, com trânsito caótico e temperaturas altas, praticamente durante todo o ano.

■ ■ Uma das grandes dificuldades relatadas por profissionais de CP que trabalham em hospitais gerais é o encaminhamento tardio de pacientes. Num hospital voltado exclusivamente para pacientes oncológicos, a introdução aos CP acontece mais cedo? Que caminho o paciente percorre até chegar à equipe de CP no Inca?

Na área de atenção oncológica, tal como a conhecemos, a estruturação deu-se com elevada sofisticação tecnológica para o tratamento ativo do câncer. No entanto, quando se verifica a falência dos meios habituais de tratamento e o paciente se aproxima da morte, o hospital e a equipe raramente estão preparados para tratar e cuidar de seu sofrimento. A falta de reconhecimento da palição como componente dos cuidados, o desconhecimento das necessidades de pacientes e familiares, a educação insuficiente dos profissionais de saúde e mesmo as políticas inadequadas para regulação dos cuidados paliativos são questões definidoras desse encaminhamento tardio, que também é observado na oncologia.

No Inca, pela disponibilidade de uma estrutura sólida própria para assumir esses pacientes, o encaminhamento, mesmo facilitado, ainda é tardio para os padrões pretendidos pela comunidade paliativista. Após sua matrícula na instituição e em sua seção pertinente, o paciente é avaliado para definição de tratamento anticâncer, seja curativo ou paliativo. No decorrer desse tratamento, quando as intervenções antitumorais não possuem mais indicação, o paciente é encaminhado para a Unidade de Cuidados Paliativos, seguindo com seu acompanhamento integralmente naquela unidade. A partir desse momento, intervenções como cirurgias, radioterapias e mesmo quimioterapia podem ser indi-

cadas pela equipe paliativista, com o objetivo maior de controle de sintomas que o paciente venha a apresentar.

■ ■ Numa palestra recente, a psicóloga Maria Júlia Kóvacs, do LEM-IP-USP, afirmou que ainda há muita resistência dos próprios médicos em entender e aceitar os CP, que muitos chamam de "perfumaria". Como é a formação dos profissionais do Inca nesse assunto?

Esta é uma questão muito delicada para todos nós que atuamos em cuidados paliativos. Ainda hoje ouvimos o jargão "Cuidado paliativo é carinho e morfina" por parte de profissionais experientes em suas áreas de atuação e que eventualmente são modelo para jovens profissionais em formação.

Em que pese a medicina paliativa ter sido reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina do país como área de atuação em medicina em 2011, sem dúvida uma vitória para os profissionais que atuam na área e também uma conquista para a sociedade brasileira, há ainda um caminho a ser percorrido dentro da comunidade científica. A valorização da área é de inteira responsabilidade de quem a pratica: atuação baseada em evidência, utilização racional e atualizada cientificamente dos recursos disponíveis, disponibilidade para o controle efetivo e eficaz de sintomas mesmo durante o tratamento ativo, estar familiarizado com os avanços técnico-científicos da área em que o paciente se encontra (oncologia, cardiologia, neurologia, etc.) para uma discussão adequada e definição de uma linha de cuidados com a equipe de tratamento ativo – esses são apenas alguns pontos a serem elencados.

Assim, dentro do Inca, desde o ano 2000 instituímos o rodízio na Unidade de Cuidados Paliativos de médicos e enfermeiros residentes, bem como de especializandos da área multiprofissional, em formação no instituto. Também à época, estruturamos a Especialização em Cuidados Paliativos, recebendo profissionais de todo o Brasil. Foi um processo de construção robusto, sedimentado na estrutura de ensino da instituição, com assentimento dos coordenadores dos diferentes programas de residência e especialização do Inca. O desenvolvimento de atividades de educação continuada

“O grande desafio é criar um modelo de atuação sustentável, que supra as crescentes necessidades de atendimento de uma parcela carente da população.”

e o treinamento prático para residentes e mesmo profissionais externos tiveram como objetivos maiores o (re)conhecimento da área e o estímulo ao interesse em qualificação nos cuidados paliativos.

Atividades de atualização, eventos científicos, aulas teóricas e práticas regulares, seminários e curso estruturado na área de cuidados paliativos são desenvolvidos e oferecidos pela equipe experiente e qualificada da Unidade. Com esse programa, observou-se uma aderência progressiva das equipes de atenção curativa da instituição aos cuidados paliativos, que a partir de então se tornaram parte integral da formação dos discentes.

■ ■ O controle da dor física é um dos pilares dos CP. No entanto, um estudo publicado recentemente no *Journal of Pain Research* destacou que o Brasil está entre os países que menos prescrevem opioides no mundo. Como praticar CP de maneira eficiente com essa baixa utilização de opioides por aqui?

Há cinco anos, uma pesquisa realizada pela Economist Intelligence Unit, empresa de consultoria do mesmo grupo da revista *The Economist*, classificou 40 países em um ranking de qualidade de morte. O Brasil ocupava a 38ª posição, à frente de Uganda e Índia, somente. A partir da divulgação dessa pesquisa, Uganda tomou algumas iniciativas, entre elas a disponibilização de morfina para a população, mesmo em lugares de difícil acesso. Segundo o inquérito, além dos cuidados prestados aos pacientes no fim da vida, um dos fatores que contribuiriam para a melhor qualidade da morte seria a quantidade de analgésicos disponíveis para o controle da dor. [Na ocasião da entrevista o novo índice da Economist Intelligence Unit ainda não havia sido divulgado]

Segundo a OMS, o acesso a analgésicos opioides é fundamental para que se alcance o controle de sintomas da doença, alívio

da dor e melhora na qualidade de vida. A pesquisa feita pela Economist Intelligence Unit demonstrou que 5 bilhões de pessoas no mundo não têm acesso à quantidade apropriada de morfina e outros opioides. No que tange a países de baixa e média renda (o Brasil entre eles, como país de "média alta renda", segundo o Banco Mundial), o consumo de opioides se restringe a 9% do consumo mundial, e apenas 5% de todos os recursos para controle e combate ao câncer são disponibilizados. Um panorama gravíssimo, quando a proposta é a continuidade, integrando-se os cuidados paliativos à linha de cuidados.

Também segundo a OMS, os três pilares para o desenvolvimento de serviços de cuidados paliativos em um sistema de saúde são: uma política governamental, integrando os cuidados paliativos na estrutura e no financiamento da saúde; educação na área, tanto para os profissionais de saúde quanto para a sociedade; e, finalmente, uma política que garanta a disponibilidade dos medicamentos essenciais para o manejo da dor e outros sintomas físicos e psicológicos, em especial os analgésicos opioides. Para isso, são indicadas uma mudança na legislação vigente, facilitação de prescrição e melhorias na distribuição e dispensação da droga.

Deve-se organizar uma linha de cuidados, suportada por uma cesta básica de medicamentos, incluindo opioides, que perpassa todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção de média e alta complexidade) e de atendimento (prevenção de sofrimento, através do controle de sintomas nas suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais), respeitando as realidades regionais.

Assim, a política pública necessária deve garantir a homogeneidade no acesso a medicamentos e serviços de saúde, de forma alinhada ao princípio da equidade. Isso significa que a mesma cesta básica de medicamentos usada nas regiões Sul e Sudeste deve estar

disponível nos estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Não pode haver disparidade de utilização entre as diferentes regiões.

■ ■ Na sua opinião, para onde caminham os CP no Brasil? Temos razões para ser otimistas em relação ao futuro?

No Brasil, o envelhecimento da população e o aumento da incidência de doenças crônicas tornam os doentes que carecem de cuidados paliativos um problema de enorme impacto social e de importância crescente em termos de saúde pública. No entanto, no país ainda não há uma estrutura de cuidados paliativos adequada às demandas existentes, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo.

Em sua publicação, o International Observatory on End of Life Care (IOELC) de 2013 mapeou e categorizou os níveis de desenvolvimento dos cuidados paliativos, país a país, através do mundo. Foram exploradas questões relativas a cobertura populacional, conhecimento do tema por parte da sociedade, educação e treinamento na área, disponibilidade de opioides e financiamento. Também foram avaliados suporte governamental, implementação de planos estratégicos e currículo tanto médico quanto de enfermagem para os cuidados paliativos, classificando os países em grupos, do 1 (sem provisão de cuidados paliativos) ao 4b (cuidados paliativos avançados). Em termos regionais, América do Norte e Europa Ocidental apresentaram maior número de países nos grupos 4a e 4b, também fazendo parte desse seleto grupo países latino-americanos como Chile, Uruguai, Costa Rica e Porto Rico.

O Brasil se encontra no nível 3a, que corresponde a "provisão isolada de cuidados paliativos". Esse grupo é caracterizado por um ativismo no desenvolvimento de cuidados paliativos irregular em seu escopo e não sustentável; a fonte de financiamento é fortemente dependente de doações; há limitação na disponibilidade de morfina; e um número reduzido de hospícios e serviços de cuidados paliativos, insuficientes para o tamanho da população.

O grande desafio é criar um modelo de atuação sustentável, que supra as crescentes necessidades de atendimento de uma parcela carente da população. A implementação do conheci-

mento atual de forma racional e orientada para a saúde pública, de maneira que o cuidado paliativo se torne parte dos serviços de saúde do país e fortaleça a participação da comunidade, é recomendação para o caminho mais realista de atender as demandas presentes e futuras. Estimar a necessidade para o cuidado paliativo é essencial, já com a ciência de que essa necessidade irá aumentar consideravelmente nos anos vindouros.

Embora já existam alguns polos de cuidados paliativos no Brasil, a maioria está concentrada nas regiões Sul e Sudeste. Por isso, apenas uma pequena parcela da população tem acesso a esse tipo de serviço. Ampliar o acesso aos cuidados paliativos é um desafio para o país, que tem dimensões continentais e integra diferentes realidades em um mesmo território. É preciso considerar as disparidades socioeconômicas daqui, que dificultam a introdução de um mesmo modelo de cuidados paliativos em todas as regiões. A solução é adaptar a prática à realidade socioeconômica e cultural de cada localidade, fornecendo instrumentos para que os profissionais estejam aptos a estruturar o serviço de acordo com as suas possibilidades e integrar as unidades de saúde que já oferecem o serviço, para que o compartilhamento de conhecimentos e experiências possa aprimorar a atenção ao paciente.

Apesar dos desafios, existe um cenário favorável à expansão do acesso aos cuidados paliativos. Além da construção de políticas públicas, é preciso investir na conscientização de profissionais e gestores de saúde e da população e na integração do ensino das escolas médicas e de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia. Com a construção de uma agenda de prioridades, em médio prazo será possível alterar a posição do Brasil no ranking sobre a "qualidade de morte".



Claudia Naylor

Cirurgiã oncológica, ex-diretora do Hospital IV de Cuidados Paliativos do Inca e consultora da AIEA/OMS para Cirurgia Oncológica e Cuidados Paliativos



**INSCRIÇÕES
ABERTAS!!!**

VI

CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

E

III CONGRESSO LUSOFÓNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS

ACESSE:

CONGRESSOSANCP.COM.BR

E INSCREVA-SE!

21 A 24 DE SETEMBRO DE 2016
EM BENTO GONÇALVES-RS

Em caso de dúvida entre em contato
com a gente: contato@congressosancp.com.br



Artigos selecionados e comentados por especialistas

1

Improving the oral health of frail and functionally dependent elderly

A Lewis, J Wallace, A Deutsch, P King
Australian Dental Journal 2015; 60:(1 Suppl): 95–105

ABSTRACT

The Australian Government endorsed a national evidence based oral health model when it introduced the first Nursing Home Oral and Dental Health Plan in 2010. Called Better Oral Health in Residential Care, it promotes a multidisciplinary approach with doctors, nurses, care workers and dental professionals sharing responsibility for the four key processes of oral health screening, oral health care planning, daily oral hygiene and access to dental treatment. Frail and dependent residents are most conveniently treated on-site, hence an aged care/dental partnership is encouraged to facilitate the use of portable dental equipment in the delivery of dental care.

Currently, few dentists provide services to residential aged care facilities (RACFs), with loss of clinical time in practice, diffi-

culty in providing clinical care in a non-dental environment and lack of referral pathways from the RACFs to the dentists contributing to the problem. The need to establish a model of care involving dental hygienists/oral health therapists in RACFs has merit.

Minimal intervention treatment using glass ionomer cement (GIC) and silver fluoride is ideal in aged care. However, GIC has limitation in dry mouths with low pH caused by polypharmacy or disease. Palliative and definitive treatment techniques need to be individualized with consideration of a patient's ability to maintain their own mouths as well as their mental and physical competence.

The range of products available to address the oral diseases common to the frail elderly is growing. The oral health care provider is required to establish a preventive regime that is tailored to the patient's needs, is realistic and under revision as the patient's needs change.

COMENTÁRIO

Sumatra Melo da Costa Pereira Jales
Doutora em ciências pelo Programa Neurologia da Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo (FMUSP); cirurgiã-dentista da Equipe de Dor Orofacial e da Divisão de Odontologia das Unidades Médicas e de Apoio do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP

O grande mérito do artigo é ressaltar a importância do desenvolvimento de modelos de assistência que melhorem o acesso ao tratamento odontológico domiciliar de idosos frágeis e dependentes, através da implementação de um programa de tratamento odontológico paliativo com uma proposta de abordagem multidisciplinar. Historicamente, tem havido uma tendência dos profissionais de saúde em considerar a saúde oral como responsabilidade unicamente do dentista, mas a abordagem em equipe é um componente fundamental para alterar essa percepção e partilhar esse papel entre os médicos, enfermeiros, dentistas e cuidadores. O programa de saúde bucal proposto inclui triagem odontológica, planejamento de cuidados de saúde oral, auxílio à higiene oral diária e tratamento odontológico.

A cárie e a doença periodontal são consideradas problemas de saúde pública. São focos de infecção, têm etiologia mul-

tifatorial e complexa e estão relacionadas a diversas doenças sistêmicas. Por isso, não devem ser ignoradas, visto que são doenças infecciosas e devem ser tratadas.

Os pacientes idosos frágeis constituem um grupo de risco para doenças bucais, devido à má higiene oral associada aos altos níveis de dependência funcional, fragilidade física, comorbidade médica, hidratação inadequada, déficit cognitivo, falta de destreza manual para a higienização e dependência de cuidadores. Com o aumento da idade, o aumento da incidência de polifarmácia induz à hipofunção da glândula salivar com impacto negativo na saúde bucal. Muitas doenças e complicações bucais associadas ao envelhecimento da população podem ser facilmente evitadas através de boas práticas de higiene oral diária e de acesso ao tratamento odontológico.

A literatura descreve consistentemente a saúde bucal como sendo um fator significativo para a qualidade de vida do indivíduo. Dor, infecção e perda de dentes são consequências comuns da má saúde bucal. A perda do dente está associada a um comprometimento da ingestão e da nutrição, que agrava a desnutrição e acelera o declínio funcional. Além disso, é bem reconhecida que a má saúde bucal afeta a aparência, a autoestima e a autoconfiança, bem como a sua capacidade para falar e se comunicar, com impactos negativos no bem-estar social e nas relações interpessoais. Por isso, é necessária a instituição de programas que apoiem o envelhecimento saudável, através da prestação de cuidados odontológicos para a população idosa e frágil. Isso requer estratégias e abordagens multidisciplinares

que atendam às novas necessidades desses pacientes, especialmente na transição de independência para assistência informal à assistência formal e, finalmente, para o cuidado residencial.

Existem diversos obstáculos na prestação de atendimento odontológico de qualidade em ambientes domiciliares, pela ausência de cadeira odontológica ou equipamentos para a prestação de tratamento odontológico. No entanto, demonstrou-se que o fornecimento de equipamento odontológico portátil, de instrumental e de material adequado permite a prestação de cuidados clínicos básicos e de qualidade no ambiente domiciliar.

O tratamento deve abranger um conjunto de medidas determinadas pela doença, pelas condições clínicas e pelo risco de cárie do paciente (avaliação da dieta, higiene oral e experiência anterior de cárie). Devem ser adotadas medidas preventivas efetivas, como um plano de higiene oral individualizado e treinamento dos cuidadores, além de consultas em intervalos curtos, orientação da dieta, aplicações tópicas de flúor, controle da hipossalivação e alívio da xerostomia. O envolvimento dos técnicos de higiene bucal na abordagem do paciente é fundamental.

A saúde bucal deve ser considerada como parte do plano integral de cuidados a idosos frágeis, mas deve-se avaliar a condição clínica do paciente ao se planejar o tipo de atendimento odontológico a ser realizado, norteado na fase de vida em que esses doentes se encontram, priorizando o alívio de sintomas, o controle de focos de infecção e a dor. É importante ressaltar que nem sempre os doentes se queixam

espontaneamente de seus problemas e desconfortos com a boca, por acreditarem serem próprios da doença ou dos medicamentos em uso ou por apresentarem outras queixas mais significativas no restante do corpo. Dessa forma, devem ser feitas reavaliações frequentemente, para a detecção precoce da dor e sintomas que tendem a surgir ou aumentar com a progressão da doença.

Deve-se sempre considerar o prognóstico do paciente ao planejar cada tratamento odontológico, com enfoque na remoção da infecção e no alívio da dor dos doentes. Para isso, tornam-se estritamente necessários o conhecimento e a experiência no atendimento a esses pacientes, além da adequada troca de informações com o paciente, a família e a equipe multiprofissional.

2

What Are Physicians' Reasons for Not Referring People with Life-Limiting Illness to Specialist Palliative Care Services? A Nationwide Survey

Beernaert K, Deliens L, Pardon K, Van den Block L, Devroey D, Chambaere K, et al. (2015) PLoS ONE 10 (9): e0137251.

ABSTRACT

Background: Many people who might benefit from specialist palliative care services are not using them.

Aim: We examined the use of these ser-

vices and the reasons for not using them in a population in potential need of palliative care.

Methods: We conducted a population-based survey regarding end-of-life care among physicians certifying a large representative sample (n = 6188) of deaths in Flanders, Belgium.

Results: Palliative care services were not used in 79% of cases of people with organ failure, 64% of dementia and 44% of cancer. The most frequently indicated reasons were that 1) existing care already sufficiently addressed palliative and supportive needs (56%), 2) palliative care was not deemed meaningful (26%) and 3) there was insufficient time to initiate palliative care (24%). The reasons differed according to patient characteristics: in people with dementia the consideration of palliative care as not meaningful was more likely to be a reason for not using it; in older people their care needs already being sufficiently addressed was more likely to be a reason. For those patients who were referred the timing of referral varied from a median of six days before death (organ failure) to 16 days (cancer).

Conclusions: Specialist palliative care is not initiated in almost half of the people for whom it could be beneficial, most frequently because physicians deem regular caregivers to be sufficiently skilled in addressing palliative care needs. This would imply that the safeguarding of palliative care skills in this regular 'general' care is an essential health policy priority.

COMENTÁRIO

Douglas Henrique Crispim

Médico assistente do Núcleo de Cuidados Paliativos HCFMUSP; coordenador do Serviço de Cuidados Paliativos – Hospital Bandeirantes

O artigo, escrito por um grupo da Bélgica, traz à tona uma importante discussão, tanto para os cuidados paliativos como para as políticas públicas de saúde. Analisar a realidade de um país mais estruturado não nos priva de discussões aprofundadas dentro de nossa realidade brasileira.

Os autores realizaram um estudo observacional retrospectivo de base populacional através da aplicação de questionários aos médicos que forneceram cuidados finais e preencheram a certificação de óbito dos pacientes. A amostra de 6.188 óbitos da região de Flanders, na Bélgica, coletada de janeiro a junho de 2013, foi classificada conforme sua indicação ou não para atendimento em cuidados paliativos. Independentemente dessa indicação, os médicos que lavraram a certificação receberam questionários que traziam, entre outras questões, os motivos e o tempo de encaminhamento do paciente para a equipe de cuidados paliativos nos casos em que isso aconteceu. Nos casos de não encaminhamento, os profissionais eram convidados a responder o motivo do não encaminhamento. A pesquisa constatou que, embora 1.917 pacientes fossem elegíveis para atendimento paliativo, 42% deles não foram encaminhados. Dividindo os pacientes entre os grandes grupos de doenças: deixaram de ser encaminhados para cuida-

dos paliativos 79% dos pacientes com falência orgânica (IC, DPOC, etc), 64% dos pacientes com demências e 44% dos pacientes com câncer.

Analisando a causa dos motivos do não encaminhamento, podemos refletir sobre alguns pontos dentro da nossa realidade:

1. Cuidados paliativos já ofertados de maneira suficiente pela equipe local (56%): uma justificativa comum na prática diária nos hospitais públicos e privados. Muitas vezes, apesar da boa vontade, o despreparo das equipes culmina com maior sofrimento do paciente. A certeza de estar oferecendo todo o necessário ao paciente traz a necessidade para o ponto de vista da equipe e não do paciente e familiares, como deveria ser. Enfermarias e leitos de agudos, por melhores que sejam, continuarão exercendo o papel para o qual foram desenhadas: tratar quadros agudos. Além disso, por mais capacitada que seja a equipe assistente, o atraso no encaminhamento sinaliza para gestão irresponsável de leitos. Enquanto pacientes com demandas de hospice care são mantidos no leito de agudos, outros pacientes com demandas para esse leito aguardam fora deles. O entendimento das equipes de cuidados paliativos como parceiras no cuidado facilita a melhor assistência ao sofrimento e gera resultados consistentes na gestão hospitalar e de custos.

2. Cuidados paliativos considerados não significativos ou pouco significativos para determinado paciente (26%): o entendimento de que ele não precisa desse tipo de cuidado. Observa-se neste caso uma tendência a ignorar algumas demandas específicas

para grupos de doenças. Analisando o artigo, percebemos que o principal grupo de pacientes para os quais os cuidados paliativos não foram considerados significativos foi aquele que apresentava demências. Observamos também menor índice de encaminhamentos de pacientes com idade superior a 85 anos do que de pacientes com menos de 65 anos. Considerando um paralelo com a demografia e a epidemiologia das doenças crônicas incuráveis, percebemos que a maioria delas está distribuída entre os idosos. Uma parcela significativa dos pacientes com demências terá necessidades específicas para cuidados paliativos, sejam eles oferecidos pelo especialista ou não. A demanda existe – resta saber e, mais ainda, querer identificá-la.

3. Não houve tempo suficiente para encaminhar para os cuidados paliativos

(24%): mais mencionada para mortes ocorridas em hospitais que em casa. A ideia dessa justificativa nos remete ao planejamento. O reconhecimento precoce dos estados de terminalidade, da fase final de vida e do processo de morte propicia um menor índice de problemas no decorrer do tempo. Pacientes acompanhados com a devida abordagem nos níveis ambulatoriais têm menor risco de serem submetidos a procedimentos desnecessários e de serem privados de assistência especializada quando internados. Ainda hoje grande parte dos médicos tem dificuldade no reconhecimento da terminalidade das doenças.

4. O paciente (6%) ou familiar (4%) não quis o atendimento: o baixo percentual nos leva a questionar se, na prática diária, os pacientes e familiares recusaram atendimento em paliativos ou se a equipe não

realizou a devida abordagem. O termo "família difícil" poderia ser modificado para "abordagem ruim" em muitos casos.

5. Serviço não disponível (1,5%): infelizmente, enquanto não for reconhecido como problema grave de saúde pública, a realidade brasileira será conviver com um percentual muito acima do que vimos na Bélgica.

6. Não quis tirar a esperança do paciente e família (0,5%): alguns profissionais, ainda com a visão dicotômica dos cuidados paliativos, sentem-se levados a confrontar o "fazer tudo" com o "fazer nada". A visão moderna da integralidade dos cuidados é a luta educacional de todos os profissionais que trabalham com cuidados paliativos no dia a dia, e ainda sonharemos por muito tempo com essa vitória. ■



QUEREMOS OUVIR VOCÊ!

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



Vem aí o VI Congresso Internacional
de Cuidados Paliativos. Inscreva-se!

www.congressosancp.com.br

Relato de experiência: capacitação online em cuidados paliativos para profissionais atuantes na Atenção Básica

Introdução

No Brasil, acontecem aproximadamente 650 mil mortes resultantes de doenças crônicas por ano, com necessidades variáveis de assistência paliativa ao menos em seu último ano de vida. O cuidado paliativo (CP) busca o controle dos sintomas físicos relacionados à doença e a atenção às necessidades humanas nos aspectos emocionais, sociais e espirituais, estendendo-se à família. Aparece como uma medida extremamente necessária para promover a qualidade de vida, de prevenir e aliviar o sofrimento de indivíduos e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a vida. É tratamento recomendado para todos os países desde 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, segundo a Portaria Ministerial de 2002, obrigatório no tratamento do doente com câncer nos centros de alta complexidade¹.

No nosso país, pouco se sabe sobre cuidados paliativos, muitos profissionais de saúde desconhecem técnicas de palição e muitos se confundem dentro desse universo complexo e necessário para a qualidade de vida de pacientes com doenças que ameaçam a vida¹.

Pacientes que estão “fora de possibilidade de cura” e nos hospitais recebem uma assistência inadequada, muitas vezes focada na tentativa de cura, com métodos invasivos e de alta tecnologia¹.

No Brasil, os cuidados paliativos tiveram seu início na década de 1980 com um crescimento significativo a partir do ano 2000, com a consolidação dos serviços já existentes, pioneiros, e com a criação de outros não menos importantes. A cada dia vemos surgir novas iniciativas, porém ainda temos muito que crescer, levando-se em consideração a extensão geográfica e as enormes necessidades do Brasil¹.

Objetivo

O presente artigo tem como objetivo relatar e avaliar a aplicabilidade do ensino online para a capacitação de profissionais da área da saúde, atuantes na rede básica de saúde em cuidados paliativos.

Metodologia

Tipo de artigo: Trata-se de um relato de experiência sobre a capacitação online para profissionais da área de saúde em cuidados paliativos. Foi realizado no Hospital Samaritano de São Paulo, em parceria com o

Ministério da Saúde e as Secretarias locais de Recife (PE), onde foi realizado o curso. Esse projeto fez parte do triênio 2012-2014, período de realização do curso.

Alinhado com o objetivo estratégico do Ministério da Saúde (“garantir acesso de qualidade em tempo adequado às necessidades de saúde dos cidadãos, aprimorando a política de Atenção Básica e Atenção Especializada”) e com o primeiro objetivo do Tema Prioritário I do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)² (promover e apoiar “processos de qualificação e integração sistêmica da Atenção Primária e da Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar do SUS”), o Ministério da Saúde/PROADI desenvolveu e ofereceu, em 2013, o Curso de Capacitação Online em Cuidados Paliativos para profissionais atuantes na Atenção Básica, em parceria com o Hospital Samaritano de São Paulo. O objetivo do curso foi capacitar profissionais da Atenção Básica (Programa Saúde da Família) em cuidados paliativos básicos, a fim de criar condições para o funcionamento de uma rede de atenção paliativa sustentada por serviços regionais de referência.

A parceria com o Samaritano concre-

tizou-se por meio do setor de Responsabilidade Social do Hospital, por intermédio do Termo de Ajuste celebrado com o Ministério da Saúde, como parte integrante do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). O projeto teve como título "Programa de capacitação em cuidados paliativos para profissionais atuantes na Atenção Básica no triênio de 2012 a 2014".

O curso foi concebido para atender cerca de 150 profissionais atuantes na Atenção Básica do estado de Pernambuco, selecionados pela Secretaria de Saúde desse estado, divididos em sete turmas de cerca de 22 alunos cada.

A opção pela modalidade à distância online deu-se pelo reconhecimento da viabilidade prática de acesso remoto à informação científica, assim como pelo potencial dos ambientes digitais colaborativos para a constituição de uma rede de construção coletiva de conhecimentos, habilidades e atitudes na área de atenção paliativa. Essa escolha visou sensibilizar os profissionais para que fossem capazes de lidar com situações comuns à prática dos cuidados paliativos e entendessem a importância de atuação na área e a necessidade de se aprofundar no assunto. A coordenação do curso foi de responsabilidade de Henrique Parsons, médico generalista e sanitarista com experiência em cuidados paliativos do Hospital Samaritano, com o apoio de uma empresa de tecnologia terceirizada, contando também com a atuação contínua de consultoria pedagógica especializada.

“Os conteúdos e as atividades foram excelentes. Possibilitaram reflexões e enriqueceram as discussões no meu ambiente de trabalho.”

Processo de planejamento do curso: aspectos pedagógicos

O curso teve como premissa – além de dar acesso aos conteúdos de CP – servir como um ambiente propício à construção coletiva de conhecimentos, habilidades e atitudes³ que criassem condições para o funcionamento futuro de uma rede de atenção paliativa, sustentada por serviços regionais de referência. Esse foi o ponto de partida para o planejamento didático-pedagógico.

Inicialmente foram definidos os objetivos de aprendizagem, ou seja, quais habilidades e competências os alunos deveriam constituir ao longo do curso, a partir dos conteúdos e atividades propostas. Em geral, eles deveriam ser capazes de: conceituar os cuidados paliativos; compreender os princípios éticos que permeiam essa prática; identificar pacientes elegíveis para cuidados paliativos em diferentes níveis de assistência, avaliar pacientes com doença progressiva e avançada, com necessidades de cuidados paliativos, do ponto de vista funcional, de controle de sintomas físicos e necessidades de atenção emocional, social e espiritual; diagnosticar os principais sintomas físicos, suas implicações, seus determinantes e seu controle; entender e aplicar um Plano de Cuidado elaborado por equipe especializada em cuidado paliativo e promover pequenos ajustes no controle de sintomas; desen-

volver habilidades de comunicação com pacientes, familiares e equipe de trabalho, especificamente em situação de cuidados paliativos, identificar riscos de luto complicado entre familiares para o devido encaminhamento; identificar sinais da fase final da vida e avaliar o nível de assistência requerido; assistir o doente e a família na fase final de vida (quando possível realizar o atendimento em domicílio); cuidar dos trâmites do pós-morte imediato, quando acontecer no domicílio; acolher a família no pós-morte imediato e nas diversas fases em que o sofrimento emocional relacionado à evolução da doença se torna crítico¹. Com base nos objetivos, foram definidos os módulos temáticos que seriam produzidos e ofertados. Apesar da complexidade do conteúdo do curso, entendemos a importância de o aluno ter contato com os temas que norteiam os CP e de despertar nele a necessidade de se aprofundar nos assuntos.

Concluiu-se que o curso deveria ter uma carga horária total de 204 horas, distribuída em 15 módulos temáticos, considerando 156 horas de atividades a distância e 48 horas presenciais, distribuídas em dois encontros realizados no início e no fim do curso no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em Recife. Os encontros presenciais teriam a duração de dois a três dias, e os

“A princípio confesso que tive dificuldade de navegar, acredito que por falta de hábito, mas logo me adaptei.”

módulos a distância de três a quatro semanas cada, considerando a carga horária de 12 a 16 horas de atividades online e offline. Foi previsto também um módulo de recuperação a distância ao final do curso, com duração de uma semana.

Paralelamente a essa etapa, o grupo docente era formado pela coordenação do curso, constando de professores autores dos conteúdos e professores tutores. O professor autor era responsável pela redação dos conteúdos, enquanto o professor tutor era responsável por acompanhar uma turma de estudantes durante todo o curso, na condução das atividades e mediação de fóruns, no acompanhamento da frequência de acesso, participação e desempenho, sempre orientados pelo coordenador do curso. Esse profissional deveria ser capaz de promover a integração, o vínculo social e o sentimento de pertencimento, criando um elo pedagógico fundamental que resultaria em motivação aos alunos. O grupo de professores tutores foi composto de dois médicos, uma assistente social, uma enfermeira e três psicólogas, todos profissionais experientes e qualificados em cuidados paliativos.

No entanto, não bastava a definição dos objetivos, conteúdos e corpo docente para viabilizar o curso. A modalidade a distância online exige em geral um nível de planejamento extremamente meticuloso, que envolve desde aspectos peda-

gógicos conceituais relativos aos diferenciados processos de ensinar e aprender com as tecnologias até aspectos metodológicos e avaliativos, além de toda a infraestrutura tecnológica e a produção dos materiais didáticos⁴.

Assim, o passo seguinte foi o necessário alinhamento de alguns conceitos junto ao corpo docente, incluindo a tutoria, como educação a distância, aprendizagem online e mediação. A ideia foi ultrapassar tradicionais crenças que pudessem comprometer o sucesso do projeto, tais como a de que o professor é o único detentor do conhecimento, ou de que a aprendizagem se dá no processo transmissão-recepção, com o aluno passivamente procurando absorver os conteúdos transmitidos⁵.

Ao contrário, esse curso foi apoiado no princípio que postula, entre outras coisas, de que a aprendizagem se constrói e se modifica nos momentos em que são compartilhados questionamentos, dúvidas, experiências e descobertas⁶, e de que a aprendizagem nos tempos atuais é um processo que ocorre em ambientes nebulosos e voláteis, onde os elementos estão em contínua mutação, sendo impossível controlar todas as variáveis, tirando o professor de sua posição anterior, de pleno poder, e outorgando ao aprendiz mais autonomia sobre seu processo de aprendizagem⁷. Segundo Siemens⁷, o conhecimento

e a aprendizagem baseiam-se na diversidade de opiniões, e aprender é conectar fragmentos e fontes de informação. Tais aspectos evidenciam a necessidade de que o professor crie sempre condições para as mais ricas interações entre seus alunos, e entre seus alunos e o universo virtual, com seus inúmeros espaços de compartilhamento. Assim, os alunos deveriam ser protagonistas de sua aprendizagem, buscando sempre relacionar os novos conhecimentos com sua prática profissional, buscando novas fontes, avançando na construção significativa de conceitos, procedimentos e posturas éticas adequadas ao contexto de CP adotado por esse curso, com vistas à formação de uma rede colaborativa. Nesse contexto, o professor é acima de tudo um líder e mediador, que valoriza a experiência prévia dos alunos, orienta, apoia e avalia o processo de construção de conhecimentos dos alunos, colaborativamente, apoiado pelas tecnologias.

Para viabilizar essa proposta, foram realizados encontros com a equipe de professores tutores, nos quais foi alinhada a proposta pedagógica, pactuada a lista de atribuições da tutoria^{8,9}, além de capacitar à prática no ambiente virtual do curso, o Moodle¹⁰.

No processo de planejamento do curso, foi estabelecido que os conteúdos de ensino seriam produzidos na forma de aulas interativas, na tecnologia Flash, compatível com o ambiente virtual de aprendizagem adotado, o Moodle¹¹. Nesse formato de aula, o aluno navega de modo livre e autônomo pelas diversas telas do programa, lendo textos, acessando vídeos e

outros recursos visuais, realizando atividades de fixação e visitando links externos. Essa tarefa foi terceirizada para uma empresa de produção de mídias e acompanhada pela equipe docente e pedagógica. A Figura 1 ilustra uma de suas telas.

Esses conteúdos foram contextualizados com o apoio de um caso clínico narrado como história ficcional ilustrada, na forma de um livro virtual, que seria apresentado transversalmente em capítulos, a cada módulo, ao longo de todo o curso, ilustrando na prática uma situação que estivesse relacionada com os conteúdos trabalhados, motivando ricos debates nos fóruns de discussão. O caso foi a “História da D. Marta” (Figura 2), planejada e escrita por Maria Goretti Maciel, médica especialista em medicina de família e comunidade, diretora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Es-

tadual de São Paulo (HSPE/SP), presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), membro da Câmara Técnica de Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina (CFM) e doutoranda em bioética do Centro Universitário São Camilo.

Outros recursos de apoio, tais como referências bibliográficas, artigos científicos, sites de interesse, filmes ou matérias jornalísticas seriam disponibilizados aos poucos, dependendo da demanda. Os alunos também seriam convidados a contribuir. Para isso foi criada uma biblioteca colaborativa, um espaço comum para professores e alunos compartilharem seus achados.

Para viabilizar o projeto pedagógico de um curso em EAD, não é suficiente que ele disponha de bons recursos para veicular os conteúdos. É fundamental planejar a ação do aluno sobre esse material de acordo

com os objetivos de aprendizagem em cada módulo, para que de fato ele seja capaz de construir conhecimentos⁵. Por isso, privilegamos mídias e atividades interativas, com grande ênfase na ação do estudante, e variados momentos de interação entre estudantes e professores e entre os estudantes, por meio de atividades disponíveis no ambiente virtual, tais como fóruns de discussão, galeria de trabalhos, chats, biblioteca colaborativa e textos coletivos. Sempre que possível, os alunos foram solicitados a experimentar outras mídias e linguagens, como estratégia para privilegiar a expressividade e a criatividade e explorar aspectos afetivos da atuação profissional, como compartilhar imagens que ilustrassem um conceito trabalhado no curso, desde que respeitados os direitos de imagem e a conduta ética.

Além das atividades de interação, foram

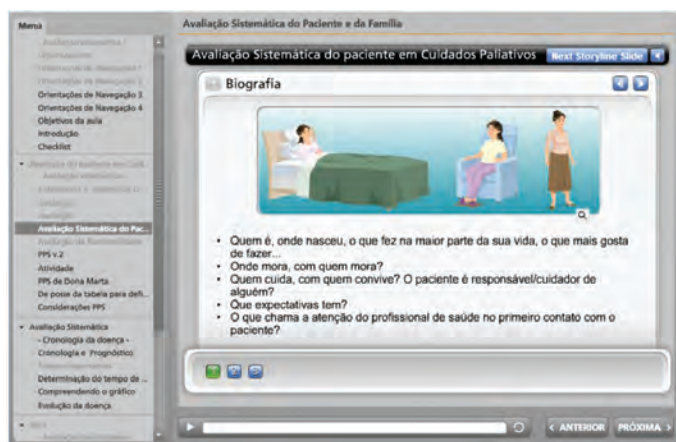


Figura 1 – Aula do módulo 3: avaliação sistemática do paciente e da família



Figura 2 – Capítulo da “História da D. Marta”

concebidas também atividades de resposta individual, que visavam à sistematização e à construção de conhecimentos, como tarefas de envio de textos produzidos individualmente, questionários com resposta automática para auxiliar na compreensão e fixação de conteúdos e pesquisas.

Após definidos os objetivos, os conteúdos e as estratégias de ensino, restava pensar sobre os processos de avaliação da aprendizagem. Nesse curso, os processos avaliativos de aprendizagem buscaram ter um foco formativo – além de medir o desempenho, servir para auxiliar o estudante a perceber onde era preciso melhorar e desafiá-lo a progredir no conhecimento¹¹.

Assim, a avaliação da aprendizagem ocorreu continuamente, com instrumentos variados, ao longo de todo o curso. Todas as atividades foram avaliadas: fóruns, questionários, registros individuais e trabalhos em grupo, segundo critérios definidos previamente. Tais critérios definiam que o aluno não seria avaliado apenas pelo produto final entregue ao profes-

sor, mas principalmente por seu grau de envolvimento, participação e colaboração. Nos trabalhos individuais, os professores tutores buscavam comentar as versões dos trabalhos enviados, oferecendo oportunidades de melhoria. A frequência em um curso a distância foi medida pelo acesso às atividades. Para fins de aprovação, o estudante precisou registrar acesso a 75% das atividades do curso.

Aos estudantes também seria requisitado que avaliassem cada módulo, o material didático, o ambiente virtual, a tutoria, entre outros quesitos que poderiam ser melhorados ao longo do curso.

Resultados e discussão

Inicialmente foram indicados 172 profissionais pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, dos quais 151 efetuaram matrícula. Embora não tenhamos os dados exatos, visto que não foi obrigatório declarar a ocupação, contamos com pelo menos 52 enfermeiros, 18 médicos, 7 fisioterapeutas, 7 fonoaudiólogos, 7 nutri-

cionistas, 4 assistentes sociais, 3 psicólogos e 5 terapeutas ocupacionais, entre outros. Entre as localidades pernambucanas atendidas pelo curso estão Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Recife, Serra Talhada, Paulista, Vitória de Santo Antão, Limoeiro, Palmares, Afogados da Ingazeira e Petrolina. No entanto, predominaram os residentes em Recife, somando 82 alunos.

Foi requisito dispor de acesso a computador conectado à internet, acessível em local de trabalho e/ou domicílio, no mínimo duas vezes por semana, com dedicação ao curso por um período de três a cinco horas semanais, entre atividades online e offline.

Dos 151 matriculados, apenas 133 de fato participaram do curso. Os demais 18 jamais acessaram, apesar de insistentes tentativas de contatos da tutoria e do Setor de Responsabilidade Social. Dos 133 ativos, 42 alunos (34,5%) tiveram dificuldades e abandonaram o curso em andamento, por diversos motivos relatados

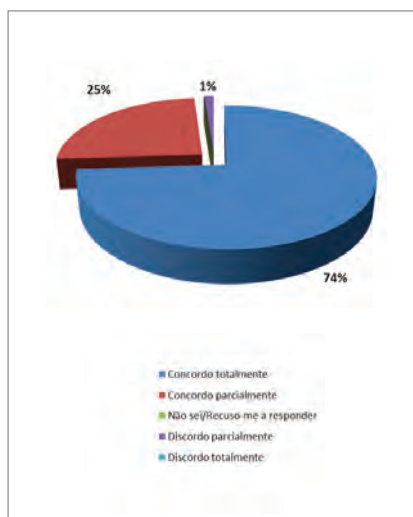


Gráfico 1 – A interação a distância com colegas e tutores me ajudou a consolidar e ampliar conhecimentos

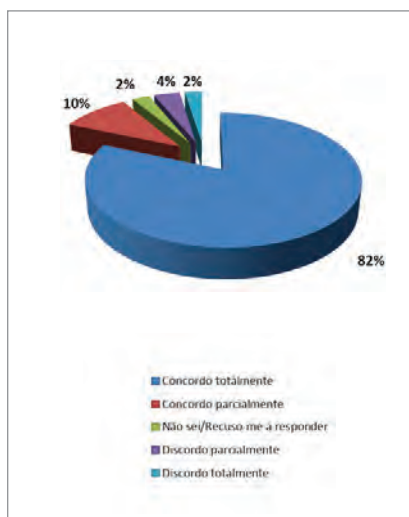


Gráfico 2 – Percebo que adquiri mais segurança e autonomia para lidar com as tecnologias

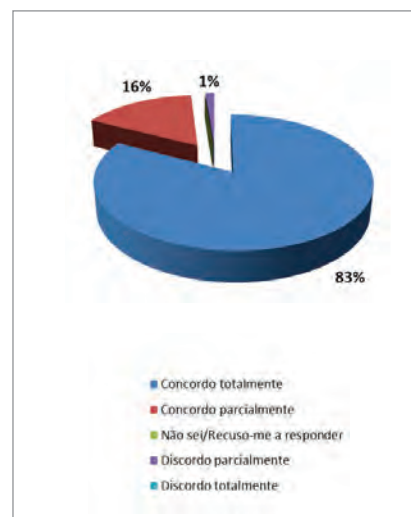


Gráfico 3 – Sinto-me motivado(a) a realizar outros cursos a distância futuramente

pelos professores tutores: falta de tempo em se dedicar efetivamente aos módulos, dificuldades com a internet, pouca identificação com a proposta etc.

Embora o índice de evasão seja considerado alto quando comparado à média nacional de evasão em EAD¹², se considerado que essa foi a primeira oferta do curso por uma instituição ainda novata nessa modalidade de ensino e, ainda, que os alunos nem sempre tenham sido inscritos por vontade própria, mas indicados pelos hospitais, tem-se um índice aceitável de evasão.

Após o término do curso, no último encontro presencial, realizado em 24 e 25 de maio de 2014, os alunos foram orientados a responder anonimamente a uma pesquisa. Esse instrumento envolveu, além de uma avaliação geral do curso no ambiente virtual, captar as impressões dos alunos sobre seu progresso como aprendizes na modalidade a distância. Alguns resultados dessa pesquisa ilustram que esses alunos, além de adquirirem conhecimentos específicos, perceberam essa forma de aprender como re-

levante, estimulante e significativa, como se pode ver nos exemplos a seguir.

O Gráfico 1 mostra uma grande população que concorda totalmente que a interação com colegas e tutores foi favorável para a ampliação dos conhecimentos. Hoje, a interatividade é significativa no processo de emissão e recepção comunicativa. Faz parte desse processo de transformação do saber por meio da interação digital. É importante a rapidez no que diz respeito às dúvidas e respostas do curso. Isso melhora a comunicação e garante a qualidade¹³.

Essa porcentagem grande de melhoria em relação à segurança e autonomia para lidar com a tecnologia (Gráfico 2) se dá porque sabemos quanto o computador pode modificar a vida das pessoas como uma ferramenta cotidiana. Essa adaptação facilita ao usuário adquirir novos conhecimentos, aumentando sua criatividade e autoestima. Essa aquisição de novos valores faz com que processos árduos e negativos se tornem dinâmicos e positivos¹⁴.

O Gráfico 3 mostra que a motivação

em um curso de EAD direcionado ao adulto depende de quanto seus interesses e necessidades são respondidos. Tendo esse ponto de vista claro, conseguimos definir a organização e a postura das atividades de aprendizado, para que o aluno assuma a sua responsabilidade no curso sem perder a motivação¹.

Como vemos no Gráfico 4, todos os alunos concordam que os conteúdos do curso atenderam suas expectativas – alguns parcialmente, mas a maioria totalmente. Conhecer as necessidades dos alunos é fundamental na programação do aprendizado. É preciso adequar a informação de acordo com as expectativas e informações dos alunos, e a preocupação em ouvi-los permanentemente deve permeiar a organização do curso¹⁶.

Os alunos identificaram o conteúdo do curso com sua prática profissional (Gráfico 5) devido à grande interação e ao entendimento da ideia. A demanda por cursos dessa natureza é atualmente crescente. A proposta que se faz para o sucesso de um

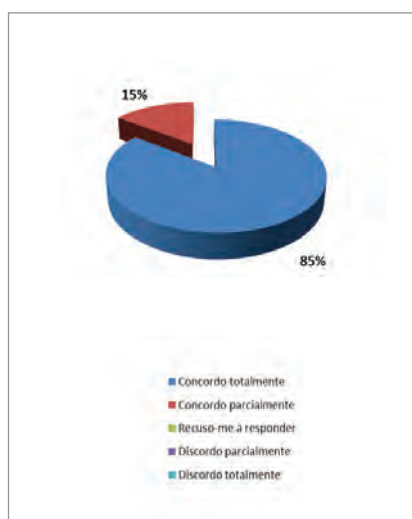


Gráfico 4 – Os conteúdos do curso contemplaram minhas expectativas

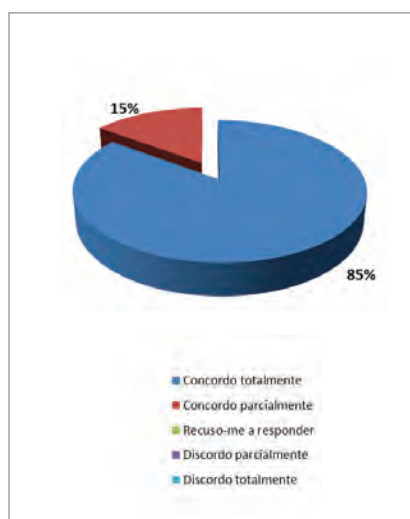


Gráfico 5 – Conseguí estabelecer relações entre os conteúdos e minha prática profissional



Gráfico 6 – O tutor desafiou os alunos a problematizar e a explorar diferentes pontos de vista

curso está basicamente nos seguintes fatores: formação do professor, apoio à pesquisa e material didático¹⁷.

A interatividade é uma modalidade importante do ponto de vista pedagógico em EAD, ela complementa a motivação e a construção coletiva do conhecimento¹⁷. Quando existe elo entre o tutor e o aluno, pela discussão e interatividade, o conhecimento se torna prazeroso e desafiador, como mostra o Gráfico 6.

Durante o curso de EAD, o tutor se transforma em uma figura importante, que tem que formar um elo de confiança com o aluno. Ele é a única referência para o aluno na prática do EAD. Hoje no Brasil a formação desse profissional ainda é negligenciada, o investimento é pequeno, embora se saiba da importância do seu papel. Segundo Duarte¹⁶: "Há mais preocupação sobre que terminologia usar do que com a essência da atividade pedagógica inerente à função"¹⁷ (Gráfico 7).

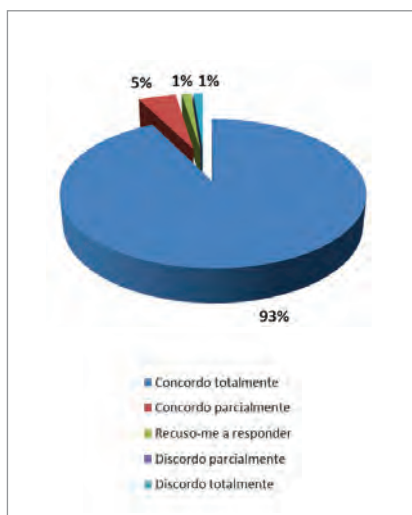


Gráfico 7 – O tutor demonstrou dominar o conteúdo

Algumas falas dos alunos:

"Os conteúdos e as atividades foram excelentes. Possibilitaram reflexões e enriqueceram as discussões no meu ambiente de trabalho."

"Conteúdos e atividades bem elaborados contribuíram para nossa aprendizagem. Senti um pouco de dificuldade em realizar a primeira atividade em dupla, mas depois consegui interagir melhor."

"Fiquei muito satisfeita com minha tutora, que, além de muito comprometida, era sempre muito solícita."

"A princípio confesso que tive dificuldade de navegar, acredito que por falta de hábito, mas logo me adaptei."

"Foi minha primeira experiência em cursos a distância e achei muito proveitoso, interativo... O chat trouxe um 'plus a mais' para meu aprendizado." (sic)

Considerações finais

Como primeira iniciativa do setor de Responsabilidade Social do Hospital Samaritano de São Paulo em um curso a distância de Capacitação em Cuidados Paliativos para profissionais atuantes na Atenção Básica, considera-se que tenha sido uma experiência positiva. Os resultados de aprovação indicam que o modelo pedagógico e o ambiente virtual foram adequados. Os alunos, de modo geral, perceberam o curso como relevante à prática profissional e aprovaram a modalidade a

distância como uma forma efetiva de capacitação profissional.

A taxa de evasão, assim como opiniões expressas por professores, tutores e alunos, apesar de aceitável, pode sugerir melhorias para as próximas ofertas, como a revisão de alguns dos conteúdos e a flexibilização dos objetivos de aprendizagem, a fim de atender melhor à multidisciplinariedade do grupo discente.

O curso EAD com o tema em cuidados paliativos foi uma iniciativa pioneira no Brasil. A partir dos relatos, pode-se observar que o curso atingiu os objetivos propostos: capacitar equipes em CP como multiplicadores, favorecendo um movimento de mudança no cenário do atendimento em CP na Atenção Básica. Cuidados paliativos são uma área da medicina que deve ser praticada com conhecimento técnico-científico. Porém, embora absolutamente relevante, há poucos cursos de preparação do profissional que queira iniciar uma boa prática da medicina dentro de sua realidade, seja qual for a área em que ele atua.

Ainda há muito que crescer e ampliar, levando-se em consideração a extensão geográfica e as enormes necessidades do Brasil. Dessa forma, é de grande responsabilidade firmar um compromisso para a construção de um futuro em cuidados paliativos, para que todo cidadão brasileiro possa se beneficiar dessa boa prática.

Ana Lúcia L. Giaponesi Enfermeira, com pós-graduação em insuficiência cardiopulmonar em UTI, especialização em acupuntura e curso de aperfeiçoamento em cuidados paliativos; enfermeira de Projetos da Responsabilidade Social do Hospital Samaritano-SP; tutora do curso de EAD em CP pelo Hospital Samaritano-SP e docente do Curso de Aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos do Instituto Paliar.

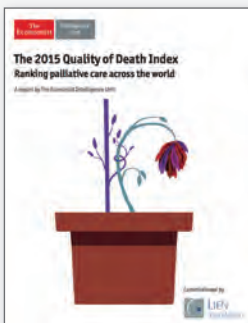
Maria Teresa Meirelles Leite Doutora e mestre em ciências pelo Departamento de Gestão e Informática em Saúde (GIS) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com temas relacionados à educação a distância na área da saúde. Especialização em psicopedagogia. Graduada em pedagogia pela Faculdade de Educação da USP. Consultora pedagógica para educação a distância para a Associação Médica Brasileira (AMB) e para o Hospital Samaritano de São Paulo. Professora do curso de Especialização da COGEAE/PUC-SP. Membro do Grupo de Pesquisa Linguagem, Educação e Cibercultura (LEC) da Unifesp.

Débora Genezini Costa Psicóloga hospitalar, mestre em gerontologia, psicóloga do Hospital Samaritano-SP, coordenadora e docente dos cursos de aperfeiçoamento em cuidados paliativos pelo Instituto Paliar, docente do curso de especialização em gerontologia pela COGEAE/PUC-SP. Tutora do curso EAD em CP do Hospital Samaritano e membro da ANCP.

Henrique Parsons Médico generalista e sanitário, pós-graduado em medicina paliativa pela Universidad del Salvador (Argentina) (2007). Realizou pós-doutorado nos departamentos de Terapias Investigacionais em Câncer e de Medicina Paliativa e Reabilitação no M.D. Anderson Cancer Center, da Universidade do Texas, em Houston. É mestre em ciências pela Graduate School of Biomedical Sciences da Universidade do Texas/MD Anderson Cancer Center; coordenador do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Israelita Albert Einstein, coordenador do Curso de EAD em CP pelo Hospital Samaritano-SP e docente do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos pelo Instituto Paliar.

Bibliografia:

1. Tavares, R. T e Parsons, H. A. (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Ed Sulina, 2012, 604p Institucionais, I. T. (2011). Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública, 45(4), 808-11.
2. Palloff, Rena M. & Pratt, Keith. Construindo comunidades de aprendizagem no ciberespaço: estratégias eficientes para salas de aula on-line. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
3. Filatro, Andrea. Design instrucional na prática. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2008.
4. Gadotti M. Perspectivas atuais da educação. São Paulo em Perspectiva, 2000; Coleção Memória da Pedagogia, revista Viver Mente & Cérebro. Disponível em: http://www.adur-rj.org.br/5com/pop-up/desa_fios_era_conhecimento.htm. Acesso em 8/12/2013.
5. Pesce, Lucila. A potencialidade das interfaces interativas para a aprendizagem colaborativa. Revista Diálogos & Ciência, 2010. Disponível em: http://diálogos.ftc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=227&Itemid=1.
6. Siemens, George. Connectivism: a Learning theory for the digital age. Elearnspace Disponível em: http://jotamac.typepad.com/jotamac_weblog/files/Connectivism.pdf.
7. Barbosa, M.F.S.O.; Rezende, F. Tutors' experience in a distance educational program: progress and challenges. Interface - Comunic., Saúde Interface - Comunic., Saúde, Educ., Educ., v.10, n.20, p.473-86, jul/dez 2006.
8. Moran, José Manuel; Masetto, Marcos; Behrens, Marilda A. Novas tecnologias e mediação pedagógica. 15ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2009.
9. Leite, MTM. O ambiente virtual de aprendizagem Moodle na prática docente: conteúdos pedagógicos. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006; Available from: <http://www.virtual.unifesp.br/cursos/oficinamoodle/textomoodlevirtual.pdf>.
10. Silva, Marco (org) Avaliação da aprendizagem em educação online. São Paulo: Loyola, 2006
11. Censo ABED http://www.abed.org.br/censoead/censoEAD.BR_2012_pt.pdf
12. Nova C, Alves L Educação à Distância: uma nova concepção de aprendizado e interatividade. São Paulo: Futura, 2003, p. 5-27
13. Souza, IMA; Souza, LVA . O uso da tecnologia como facilitadora da aprendizagem do aluno na escola, Itabaiana, GERIPIADDE, ano 4, 2010.
14. Nogueira, AS; Loureiro, LA: A motivação nos cursos de EaD: uma questão de envolvimento, Tarumã-SP, 2011.
15. Garcez, SEM; Rados, GJV; Necessidades e expectativas dos usuários na educação a distância: estudo preliminar junto ao programa de pós-graduação em engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Ci. Inf.; Brasília, 2002.
16. Duarte, ZMC: Educação à Distância (EAD): Estudo dos fatores críticos de sucesso na gestão de cursos da região metropolitana de Belo Horizonte na visão dos tutores.



Novo índice de qualidade de morte

Acaba de ser publicado o Índice de Qualidade de Morte 2015 (Quality of Death Index 2015), organizado pela consultoria britânica The Economist Intelligence Unit. Trata-se de um ranking que classifica países em relação aos cuidados paliativos oferecidos a seus habitantes, levando em conta quesitos como ambiente de saúde e cuidados paliativos, acessibilidade, recursos humanos, qualidade de cuidado e engajamento da sociedade, entre outros.

Dos 80 países avaliados, o Brasil ficou na 42ª posição. Na América Latina, ficamos atrás de Chile (27ª), Argentina (32ª), Uruguai (39ª) e Equador (40ª). Para a organização do ranking foram utilizados dados oficiais, pesquisas e entrevistas com profissionais da área. Para o estudo do Brasil, a consultoria ouviu a médica de família Maria Goretti Salles Maciel, presidente da ANCP. Segundo ela, o Brasil melhorou desde o último índice, que colocava o Brasil em 38ª posição numa lista de 40 países avaliados. A falta de dados oficiais é uma das dificuldades para um retrato preciso dos cuidados paliativos no país.

“De qualquer forma, ainda estamos muito aquém do que poderíamos, e ainda concentrados em grandes centros urbanos. A grande maioria dos municípios brasileiros nem tem notícias sobre o que são os cuidados paliativos”, disse Goretti em entrevista ao blog Morte sem tabu. Os maiores desafios para a adoção dos cuidados paliativos no Brasil seriam o acesso a medicamentos para dor, formação e capacitação de profissionais e políticas públicas voltadas para o tema.



Concurso de fotos marca dez anos da ANCP

Para marcar os dez anos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, completados em fevereiro, foi lançado em setembro o 1º Concurso Fotográfico da ANCP, cujo tema é “O que são cuidados paliativos para você?”. O objetivo era que os participantes enviassem imagens que traduzissem o espírito dos cuidados paliativos.

Foram recebidas cerca de 30 fotos, de todos os cantos do Brasil. A imagem vencedora, capa desta edição, é de autoria de Débora Marchetti, psicóloga do grupo consultor de cuidados paliativos do Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo (RS).

“Essa foto é de meu avô, que teve um tumor cerebral. É de 2008, por isso dei a ela o nome de ‘Memórias de uma história’”, contou Débora. “Ele sempre gostou de tocar gaita e de sua Maverick. Eram paixões que ele sempre priorizou, tanto que ainda hoje, mesmo estando debilitado, a Maverick continua na garagem! Essa imagem representa os cuidados paliativos para mim porque mostra como é importante conservar as paixões das pessoas que a gente ama, mesmo na doença.”

Segundo a psicóloga, seu envolvimento com cuidados paliativos começou ao observar a forma cuidadosa e serena com que seu pai lidou com a morte dos avós. “Percebi que a morte não é nossa inimiga, ela é parte da nossa vida”, disse.

Cuidados paliativos e a ANCP na mídia



As questões de final de vida estão ganhando cada vez mais espaço na mídia leiga. Um dos exemplos desse fenômeno é o blog

Morte sem tabu, da dramaturga Camila Appel, no jornal *Folha de S. Paulo*, que em julho e agosto dedicou alguns posts para apresentar e discutir os cuidados paliativos, com a participação da ANCP.

Em julho, o blog trouxe uma entrevista com a presidente da ANCP, Maria Goretti Maciel, sobre os conceitos dos cuidados paliativos. "A gente vive entre sutilezas e delicadezas. Temos que dar conta das questões físicas do paciente, mas também entender como aquela pessoa está percebendo e vivendo essa complexa fase da vida que é o processo do morrer", disse Goretti, que é diretora da enfermagem de cuidados paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual, em São Paulo.

Em agosto, foi a vez de a hospedaria do Hospital do Servidor Público Municipal ganhar destaque no blog, na voz de sua coordenadora, Dalva Matsumoto, que também é diretora da ANCP. "Cuidados paliativos não é abreviar a vida, não é tirar terapias e possibilidades. Trata-se de oferecer um tratamento que seja proporcional ao paciente. Adequado ao seu momento de vida e à sua doença. É difícil, porque a sociedade acabou sendo levada a acreditar que mais é melhor. Mas, às vezes, menos é mais", explicou Dalva.



Perda para os cuidados paliativos

A ANCP comunica o falecimento da médica Adriana Thomaz, um dos principais nomes em terapia de luto no Brasil. Adriana teve uma morte súbita em sua casa, no Rio de Janeiro, no dia 4 de setembro.

Especializada em saúde mental para perdas, morte e luto, psico-oncologia e cuidados paliativos, Adriana era admirada por pacientes e colegas pela sua dedicação ao trabalho e pelo empenho em estudar e divulgar as questões de final de vida. "Adriana participava sempre dos congressos, era bonita, cheia de vida, amorosa. Tinha interesse especial pela abordagem da espiritualidade. Influenciou muitos profissionais e era querida por todos", disse Maria Goretti Maciel, presidente da ANCP.

Site do VI Congresso Internacional de Cuidados Paliativos no ar



Já é possível encontrar em um só lugar todas as informações sobre o VI Congresso Internacional de Cuidados

Paliativos, que acontece entre 21 e 24 de setembro de 2016 em Bento Gonçalves (RS). No site www.congresso-sancp.com.br, o usuário poderá conhecer mais a ANCP e encontrar dados para inscrição, prazos para submissão de trabalhos e dicas sobre turismo na cidade.

O site será atualizado periodicamente, à medida que forem divulgadas novas informações. Faça a sua inscrição e fique de olho nas novidades!



Liga de Cuidados Paliativos da FAMERP

A Liga de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto foi inaugurada em abril de 2013 por graduandas de enfermagem, após uma visita à Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

O objetivo da Liga é divulgar o conhecimento da prática de cuidados paliativos, mostrando a importância de priorizar a escolha de estratégias que valorizem a morte natural digna, sem a moderna obstinação tecnológica, em um contexto benéfico ao paciente. Segundo Jucilene Zara, vice-coordenadora do grupo, a atuação da Liga de Cuidados Paliativos da FAMERP acontece através do tripé pesquisa, extensão e ensino. As aulas são quinzenais, com palestras teóricas, discussões de artigos, apresentação e discussão de casos e realização de capacitações.

"O cuidado paliativo é um tema que não está incluído na grade curricular da nossa instituição e ainda é pouco conhecido entre acadêmicos e profissionais da saúde. Ao entender a importância da humanização do atendimento e da atenção integral ao paciente e à família, a Liga tem como compromisso integrar esta nova filosofia de cuidado à formação dos acadêmicos e, consequentemente, colaborar para a formação de profissionais mais humanizados", afirma Jucilene.



Pallium – Grupo de Estudos sobre Cuidados Paliativos

O Pallium – Grupo de Estudos sobre Cuidados Paliativos, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), em Betim (MG), é formado por acadêmicos do curso de medicina, com o objetivo de discutir e atuar em relação aos cuidados paliativos com ênfase na atuação da Atenção Primária à Saúde.

O grupo se reúne mensalmente na universidade, sempre na última segunda-feira do mês, e é aberto à contribuição de colaboradores que queiram ampliar os conhecimentos acerca da temática e propor ações, tais como visitas a locais onde são realizados trabalhos com cuidados paliativos, participação em eventos relacionados e elaboração e desenvolvimento de projetos.

Segundo Sabrina Barbosa da Silva, membro do grupo, um dos destaques do Pallium é o projeto é (Re)Começar, que envolve o

acompanhamento de familiares que perderam algum ente que se encontrava em cuidados paliativos, através de visitas domiciliares da equipe de saúde de família. "O grupo acredita ser importante a participação da equipe de saúde nesse processo de luto e desfecho", explica.

O projeto inclui ainda ações dos Voluntários do Cuidado, grupo composto por acadêmicos e outros interessados, que são responsáveis por acompanhar de maneira mais prolongada esse processo junto à família.



Liga de Tanatologia e Cuidados Paliativos da Unicamp

Criada em 2012, a Liga de Tanatologia foi fundada por alunas do curso de medicina da universidade que perceberam que o tema era muito pouco abordado na graduação. "Havia uma necessidade por parte dos alunos em saber mais sobre a morte, o morrer e os processos de adoecimento", conta Lucas Luciano Barreto, presidente da Liga. No final de 2014, considerando-se a importância que os cuidados paliativos ganhavam nas atividades e já tinham na sociedade, a Liga passou a se chamar Liga de Tanatologia e Cuidados Paliativos da Unicamp.

O grupo promove encontros quinzenais, com aulas expositivas e debates, discussões de filmes e textos, além de participar semestralmente dos workshops promovidos pela Medicina Unicamp. No segundo semestre é organizado o Curso de Cuidados Paliativos, no qual são abordados temas como história e cultura da morte no Ocidente, conceitos, fundamentos e princípios dos cuidados paliativos, manejo do sofrimento familiar, as últimas 48 horas, manejo da dor, discussão de casos clínicos e cuidado paliativo na infância, sempre sob uma perspectiva multidisciplinar.

Os encontros quinzenais reúnem cerca de 30 profissionais de saúde, nem sempre vinculados à Unicamp, já que a Liga é aberta.

Segundo o acadêmico, é possível observar um aumento no interesse pelo tema graças à Liga. "Um dos motivos para a nossa reestruturação e modificação do nosso nome foi justamente este: praticamente em todos os encontros havia um interesse muito grande por parte dos ligantes nos cuidados paliativos", diz. "Inicialmente, era perceptível a resistência dos alunos que não participavam da Liga. Eles a viam como 'A Liga da Morte', algo incompatível com o sonho de ser herói, de salvar vidas, de derrotar essa terrível inimiga (a morte) com que muitos entram na graduação."

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

MUNDIPHARMA

A CONFIANÇA FAZ A DIFERENÇA NO TRATAMENTO DOS SEUS PACIENTES.

Há mais de 60 anos no mundo, oferecendo medicamentos de alta qualidade e suporte para a área médica. Tudo para proporcionar a confiança que faz a diferença na vida das pessoas.

4 Áreas terapêuticas:
Dor, Oncologia, Doenças
Respiratórias e Especialidades.

3 Centros de Pesquisa:
EUA, Reino Unido e
Alemanha

6 Continentes
com atuação
em 28 países.

4 Bilhões de pessoas
atendidas ao redor do
mundo.

