

VI CONGRESSO
NACIONAL DE
CUIDADOS
PALIATIVOS

I CONGRESSO
LUSÓFONO DE
CUIDADOS
PALIATIVOS

11-13 | OUTUBRO | 2012
IPANEMA PARK HOTEL, PORTO

PROGRAMA CIENTÍFICO

11

OUTUBRO 2012 5ª FEIRA

PROGRAMA

08h00

Abertura do Secretariado

09h00-13h00

WORKSHOPS

WS 1. QUESTÕES ÉTICAS E DE COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS / CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Dr. Eduardo Quiroga, Sevilha; Dr. Ignacio Gutierrez, Sevilha

WS 3. INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Prof.ª Doutora Paula Sapeta, Castelo Branco; Professor Manuel Luís Capelas, Lisboa

WS 4. CUIDAR DOS CUIDADORES INFORMAIS

Dra. Pam Firth, UK; Dra. Carla Reigada, Porto; Dra. Alexandra Ramos, Lisboa

WS 5. CONTROLO DE DOR

Dra. Rita Abril, Lisboa; Professor José Luís Pereira, Ottawa, Canadá

WS 6. FERIDAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Professor Paulo Alves, Porto; Enf.ª Ana Guterres, Porto

WS 7. SAÚDE ESPIRITUAL DOS CUIDADORES

Frei Hermínio Araújo, Lisboa; Dr. Enric Benito, Espanha

11h00-11h30

Intervalo

13h00-14h30

Intervalo para Almoço

14h30-15h15

SESSÃO INAUGURAL

15h15-15h45

CONFERÊNCIA DE ABERTURA

QUEM E QUANDO REFERENCIAR DOENTES PARA CUIDADOS PALIATIVOS?

Presidentes: Professor Manuel Luís Capelas, Lisboa e Dra. Ana Bernardo, Lisboa

Palestrante: Dra. Edna Gonçalves, Porto

15h45-16h15

Intervalo

16h15-18h00

SESSÕES PARALELAS

SP 1. CONTROLO DE SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Moderadores: Dr. José Eduardo Oliveira, Porto e Dra. Cristina Pinto, Lisboa

Oclusão intestinal

Dr. Rui Carneiro, Porto

Sintomas respiratórios

Dra. Conceição Pires, Porto

Delirium

Dr. Carlos Moreira, Porto

Sedação paliativa

Dra. Maria Manuel, Matosinhos

SP 2. CUIDADOS PALIATIVOS NAS DOENÇAS NEUROLÓGICAS

Moderadores: Dra. Ana Bernardo, Lisboa e Dra. Rita Abril, Lisboa

Cuidados Paliativos nas demências: a experiência brasileira

Dra. Cláudia Burlã, Brasil

“E quando não há mais nada a fazer?”

Dra. Ana Verdelho, Lisboa

Boas práticas de intervenção nas demências

Enf.ª Sandra Costa, Lisboa

Cuidados Paliativos nas doenças neurológicas degenerativas

Dra. Elga Freire, Porto

16h15-18h00

COMUNICAÇÕES LIVRES 1

Moderadoras: Dra. Alexandra Ramos, Lisboa e Dra. Maria Goretti Maciel, Brasil

18h00

Fim do 1º dia do Congresso

07h00

Abertura do Secretariado

08h00-08h45

ENCONTRO COM PERITOS**EP 1. COMO COMEÇAR COM POUCOS RECURSOS?**

Professor Manuel Luís Capelas, Lisboa; Dr. Emmanuel Luyirika, Uganda

EP 2. AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES SOCIAIS

Dra. Pam Firth, UK; Dra. Carla Reigada, Porto

EP 3. CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS E EQUIPAS NÃO ESPECIALISTAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dra. Rosaleen Bawn, Birmingham; Dr. Henrique Parsons, Brasil

09h00-10h30

SESSÃO PLENÁRIA 1**ORGANIZAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Moderadores: Enf.ª Catarina Simões, Porto e Professor Manuel Luís Capelas, Lisboa

Diferenciação de custos entre cuidar no domicílio por uma equipa de CP domiciliários e num serviço de oncologia de hospital de agudos

Dra. Fátima Teixeira, Tavira

O trabalho em equipa nas UCP do país

Enf.ª Carla Paiva, Porto

Programa de Cuidados Paliativos quando há poucos recursos

Dra. Lídia Monjane, Moçambique

Programa integrado do Hospital de São João

Enf.ª Cátia Ferreira, Porto

10h30-11h00

Intervalo / **VISITA AOS POSTERS 1**

11h00-12h30

SESSÕES PARALELAS**SP 3. CAPACITAÇÃO DE RECURSOS**

Moderadores: Dr. José Eduardo Oliveira, Porto e Dra. Cristina Galvão, Beja

Gold standards Framework – a experiência inglesa

Dra. Rosaleen Bawn, Birmingham

Ensino à distância em Cuidados Paliativos, como instrumento de capacitação

Dr. Henrique Parsons, Brasil

Gestão clínica sustentada

Dr. Paulo Reis Pina, Lisboa

Identificar competências em Cuidados Paliativos – uma experiência internacional

Professor José Luís Pereira, Ottawa, Canada

SP 4. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Moderadoras: Professora Patrícia Coelho, Porto e Enf.ª Margarida Alvarenga, Porto

A transição para os cuidados paliativos pediátricos: uma experiência

Dr. Eduardo Quiroga, Sevilha

O cuidar em Cuidados Paliativos pediátricos

Enf.ª Joana Mendes, Lisboa

A abordagem aos pais e à criança/adolescente em cuidados paliativos pediátricos

Dra. Maria Jesus Moura, Lisboa

Cuidados Paliativos no adolescente

Dr. Ignacio Gutierrez, Sevilha

11h00-12h30	<p>DISCUSSÃO DE POSTERS 1 Presidente: Dra. Cláudia Burlá, Brasil Moderadoras: Dra. Cristina Pinto, Lisboa e Enf.^a Nélia Trindade, Lisboa</p>
12h30-14h00	<p>SIMPÓSIO ALMOÇO - LABORATÓRIOS VITÓRIA DOR IRRUPTIVA EM CUIDADOS PALIATIVOS Presidente: Professor Manuel Luís Capelas, Lisboa Palestrante: Dr. Paulo Reis Pina, Lisboa</p>
14h00-15h30	<p>SESSÃO PLENÁRIA 2 ÉTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS Moderadoras: Enf.^a Catarina Simões, Porto e Enf.^a Cátia Ferreira, Porto Ética relacional e decisões éticas em fim de vida Prof. Doutor António Barbosa, Lisboa A vulnerabilidade na pessoa em fim de vida Enf.^a Mara Freitas, Lisboa Limites ao princípio do respeito pela autonomia Prof. Doutor Ferraz Gonçalves, Porto O Direito e as decisões de fim de vida Prof. Doutor Sérgio Deodato, Lisboa</p>
15h30-16h00	Intervalo
16h00-18h00	<p>SESSÕES PARALELAS SP 5. URGÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS Moderadoras: Dra. Ana Bernardo, Lisboa e Enf.^a Margarida Alvarenga, Porto Compressão medular Dr. Nuno Gil, Lisboa Síndrome da veia cava superior Dra. Dalva Matsumoto, Brasil Hemorragias Dra. Madalena Feio, Lisboa Hipercalcemia Dra. Cristina Galvão, Beja SP 6. REABILITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS Moderadoras: Enf.^a Sandra Neves, Lisboa e Enf.^a Nélia Trindade, Lisboa Visão Holística da enfermagem de reabilitação no cuidar da pessoa/família em CP Enf.^a Fátima Ferreira, Lisboa Reabilitar a pessoa segundo a intervenção da fisioterapia Fisioterapeuta Ana Agapito, Lisboa Papel da terapia ocupacional na reabilitação da pessoa Terapeuta Anna de Amorim, Lisboa Abordagem da terapeuta da fala no processo reabilitativo da pessoa Terapeuta Teresa Mourão, Lisboa Resgate biográfico: Propostas de produção do cuidado em terapia ocupacional Dra. Marília Bense Othero, Brasil</p>
16h00-18h00	<p>COMUNICAÇÕES LIVRES 2 Moderadores: Prof. Doutora Paula Sapeta, Castelo Branco e Frei Hermínio Araújo, Lisboa</p>
18h00	Fim do 2º dia do Congresso

13

OUTUBRO 2012 SÁBADO

PROGRAMA

07h00

Abertura do Secretariado

08h00-08h45

ENCONTRO COM PERITOS

EP 4. CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO

Dra. Cristina Pinto, Lisboa; Dra. Alexandra Ramos, Lisboa;
Doutora Maria Angeles Lugo, Espanha

EP 5. COMPETÊNCIAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM

Prof. Doutora Paula Sapeta, Castelo Branco;
Dra. Dalva Matsumoto, Brasil

09h00-10h30

SESSÃO PLENÁRIA 3 A FAMÍLIA

Moderadoras: Dra. Eunice Roque, Lisboa e Dra. Helena Salazar, Setúbal

Comunicação equipe-família como facilitador do cuidado

Dra. Débora Genezini, Brasil

Integração da família nos cuidados: até onde podemos ir?

Dra. Carla Reigada, Porto

O luto na família

Dra. Pam Firth, UK

Unidos pela língua, afastados pela doença: uma experiência partilhada

Dra. Alexandra Ramos, Lisboa

10h30-11h00

Intervalo / VISITA AOS POSTERS 3

11h00-12h30

SESSÕES PARALELAS

SP 7. ESPIRITUALIDADE

Moderadores: Professor Manuel Luís Capelas, Lisboa e Enf.^a Fátima Ferreira, Lisboa

Experiência do grupo de trabalho sobre espiritualidade em Cuidados Paliativos da SECPAL

Dr. Enric Benito, Espanha

Uma experiência portuguesa

Dra. Fátima Gonçalves, Lisboa

Uma proposta: algumas linhas orientadoras para o acompanhamento espiritual em Cuidados Paliativos

Frei Hermínio Araújo, Lisboa

SP 8. CUIDADOS PALIATIVOS NA INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS

Moderadoras: Enf.^a Cátia Ferreira, Porto e Dra. Cláudia Burlá, Brasil

Cuidados Paliativos na insuficiência renal crónica

Dra. Francisca Barros, Porto

O doente cardíaco em fase final de vida e os cuidados paliativos / o doente com ICC terminal / o doente portador de cardiodesfibrilador implantado

Dr. Luís Manuel Parente, Lisboa

A patologia respiratória crónica e os cuidados paliativos (insuf. respiratória; enfisemas; fibrose pulmonar idiopática, o doente dependente de VNI)

Dr. Ricardo Tavares de Carvalho, Brasil

11h00-12h30

COMUNICAÇÕES LIVRES 3

Moderadoras: Enf.^a Sandra Neves, Lisboa e Dra. Helena Salazar, Setúbal

12h30-14h00

Intervalo para almoço

14h00-15h30

SESSÕES PARALELAS

SP 9. CUIDADOS PALIATIVOS NOS DOENTES COM VIH/SIDA

Moderadoras: Dra. Rita Abril, Lisboa e Dra. Alexandra Ramos, Lisboa

Avaliação das necessidades e estruturação de recursos

Dr. Emmanuel Luyirika, Uganda

Que qualidade de vida para estes doentes?

Dra. Alina Habert, Brasil

Doentes com VIH/SIDA – que abordagem paliativa? Sinais e sintomas mais frequentes

Dra. Lídia Monjane, Moçambique

SP 10. POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Moderadoras: Professora Patrícia Coelho, Porto e Dra. Fátima Ferreira, Lisboa

Regulação e legislação em Cuidados Paliativos: experiência brasileira

Dra. Maria Goretti Sales Maciel, Brasil

Regulação e legislação em Cuidados Paliativos: experiência portuguesa

Enf.^a Margarida Alvarenga, Porto; Enf.^a Catarina Simões, Porto

Realidade e planificação estratégica para o futuro próximo

Professor Manuel Luís Capelas, Lisboa

Integração Cuidados Paliativos e Medicina Geral e Familiar

Dr. João Sequeira Carlos, Lisboa

14h00-15h30

DISCUSSÃO DE POSTERS 2

Presidente: Dra. Cláudia Burlá, Brasil

Moderadoras: Dra. Eunice Roque, Lisboa e Dra. Cristina Galvão, Beja

15h30-16h00

SESSÃO PLENÁRIA 4

A FORMAÇÃO COMO MOTOR DA EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Presidentes: Prof.^a Doutora Paula Sapeta, Castelo Branco e Dra. Maria Goretti Maciel, Brasil

Palestrante: Dra. Isabel Neto, Lisboa

16h00-16h30

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

ENTREGA DE PRÉMIOS

ENTREGA DE CERTIFICADOS

RESUMOS

COMUNICAÇÕES ORAIS

11 OUTUBRO 2012 | 5ª FEIRA

16.15-18.00h

Tema: Luto

CO 1

Mecanismos adaptativos no processo de luto: Estudo qualitativo dos familiares em cuidados paliativos

Autores: Alexandra Coelho, Mayra Armani Delalibera, Ana Margarida de Sousa Correia, Pedro Frade

Instituições: Unidade de Medicina Paliativa do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A escassa investigação realizada no âmbito do processo de luto dos familiares em cuidados paliativos refere-se à elevada incidência da sintomatologia depressiva e de luto complicado na qual se verifica um significativo declínio ao longo do primeiro ano após a perda (Ringdal et al., 2001; Chentsova-Dutton et al.; 2002; Wiese et al., 2010; Guldin et al., 2012). Não obstante, pouco se conhece ainda sobre os mecanismos adaptativos que estas pessoas desenvolvem para lidar com a recente experiência da terminalidade e desaparecimento de uma figura significativa.

Objectivos: O presente estudo pretende contribuir para a caracterização do processo de luto dos familiares cuidadores, explorando as tarefas adaptativas do luto emergentes em vários momentos subsequentes à perda, e de acordo com o modelo conceptual integrativo-relacional do luto (Payás, 2010).

Metodologia: Estudo de natureza qualitativa, realizado com base em entrevistas semi-estruturadas em profundidade, que incidem sobre as alterações percebidas ao nível do funcionamento geral, reacções emocionais e somáticas, estratégias adaptativas e significado atribuído à experiência de perda. A amostra é constituída por 18 familiares enlutados acompanhados em cuidados paliativos, na maioria do sexo feminino, que perderam o cônjuge, uma figura parental ou um filho em idade adulta, e com um tempo médio de luto de 10,93 (D.P. = 6,99).

Resultados: Do conteúdo das entrevistas destacam-se, como temas centrais: i) "regulação bioafectiva e cognitiva do impacto das memórias" que contempla as várias dimensões da experiência humana, desde os mecanismos dissociativos relacionados com a sobrecarga emocional e física, reacções de evitamento e intrusão decorrentes de experiências de choque e trauma, a mecanismos defensivos de maior maturidade como a sublimação e a atribuição do significado; ii) "alteração nas necessidades relacionais", onde se integram respostas como a necessidade de protecção, afectos deslocados para o exterior ou, por outro lado, maior capacidade de estabelecimento de limites e de autonomia; iii) "experiência de contacto com a pessoa falecida" que, entre outras manifestações, implica a procura e consequente frustração da necessidade de contacto, a capacidade de diálogo interno e a integração do ser querido.

Conclusão: Os dados obtidos permitem-nos concluir que a trajectória do luto dos familiares em cuidados paliativos é muito influenciada pelas memórias dolorosas associadas às circunstâncias de fim-de-vida. Aqui interferem mecanismos activos de elaboração cognitiva, emocional e somática que configuram processos adaptativos dinâmicos, sujeitos a movimentos oscilatórios, em função das necessidades relacionais e recursos actuais dos sujeitos. Desta forma, ao invés da avaliação quantitativa dos sintomas, propomos uma visão centrada na função das manifestações do luto, que ao longo do tempo vão sofrendo uma evolução qualitativa, no sentido de maturação dos recursos, ou pelo contrário, se convertem em mecanismos rígidos dando origem a processos de luto complicado. Este modelo integrativo-relacional possibilita o desenvolvimento de estratégias de intervenção com respeito pelas defesas e recursos psicológicos individuais adaptativos ao luto.

Referências Bibliográficas: Chentsova-Dutton, Y.; Shucfer, S.; Hutchin, S., et al., (2002) Depression and grief reactions in hospice caregivers: from pre-death to 1 year afterwards. *Journal of Affective Disorders*, 69: 53-60.

Guldin M., Peter V., Zachariae R., Olesen F., Jensen A.B. (2012) Complicated grief and need for professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care: a longitudinal cohort study. *Support Care Cancer*, 20:1679-1685.

Wiese C. H., Morgenthal H. C. 2, Bartels U. E., Voßen-Welmann A., Graf, BM. Hanekeop, G.G. (2010) Post-mortal bereavement of family caregivers in Germany: a prospective interview-based investigation. *Wien Klin Wochenschr*, 122: 384-389.

Ringdal G.I., Jordhøy, M.S., Ringdal K., Kaasa S.(2001) The first year of grief and bereavement in close family members to individuals who have died of cancer. *Palliative Medicine*, 15: 91-105.

CO 2

Terapia Ocupacional e Intervenção no Luto: Proposta de Intervenção através de Grupo de Atividades

Autores: Milena S. Ribeiro; Marília Bense Othero
Instituições: Instituto Palliar - São Paulo/SP Brazil

Introdução: Os processos de perda não estão somente relacionados ao falecimento; porém, este acontecimento é traumático para os familiares envolvidos, que muitas vezes precisam de suporte e/ou assistência específica para elaborá-lo, pois vivenciam rupturas no cotidiano, desestruturação familiar, perda de papéis ocupacionais, entre outros aspectos. O terapeuta ocupacional apresenta condições técnicas para desenvolver práticas apropriadas junto a enlutados, facilitando a elaboração de pensamentos e sentimentos, e promovendo um espaço de enfrentamento, ressignificação; além da retomada das atividades cotidianas.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é apresentar uma proposta de intervenção de Terapia Ocupacional junto a enlutados, desenvolvido em parceria com o Hospital Premier, hospital de Cuidados Paliativos da cidade de São Paulo / Brasil, especializado no atendimento a idosos e portadores de doenças neurológicas.

Metodologia: A intervenção compõe-se de três etapas: convite ao familiar, entrevista individual e grupo de atividades. O convite aos familiares é feito através de contato telefónico, apresentando-se a proposta; caso aceite, envia-se carta pelo correio, constando dados como: data da entrevista individual, endereço, telefone de contato. A entrevista individual é realizada em sala específica, fora do espaço de atendimento/internação do hospital; nela, através de um roteiro de temas, é realizado o acolhimento do participante e levantamento de suas necessidades. Em um terceiro momento, é realizado o Grupo de Atividades, com duração proposta de 06 encontros quinzenais; as atividades desenvolvidas são definidas a partir das demandas trazidas nos encontros, podendo ser utilizadas atividades artísticas, expressivas, mandalas, dança, costura, entre outras. Resultados: O Grupo de Atividades permite (re)encontro do sujeito em suas produções; (re)construção de sentidos das perdas vivenciadas, com elaboração das mesmas; espaço de continência e maternagem. Além disso, estabelecem-se trocas de experiências e afetos entre os participantes. Busca-se junto ao enlutado que o mesmo se aproprie de seus novos papéis ocupacionais, retome suas atividades cotidianas, auxiliando-se no processo de reestruturação da dinâmica familiar.

Conclusão: A Terapia Ocupacional configura-se como possível facilitadora das vivências referentes à perda e como mobilizadora das estagnações instaladas no luto, uma vez que possui ferramentas consolidadas em sua prática clínica, em que o fazer e a produção criativa são fundamentais para a retomada e conclusão do processo do luto. Observa-se, entretanto, que há poucos materiais bibliográficos sobre o tema no campo da Terapia Ocupacional, evidenciando-se a necessidade e a importância de publicações nesta área.

CO 3

Grupo de Luto em Cuidados Paliativos: Estrutura e Avaliação dos Resultados

Autores: Mayra Armani Delalibera, Alexandra Coelho

Instituições: Unidade de Medicina Paliativa do Hospital de Santa Maria Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A intervenção em grupo no luto é um espaço de apoio emocional onde os participantes podem partilhar vivências, expressar sentimentos e desenvolver recursos com o intuito de aliviar o sofrimento e promover a adaptação a novas situações.

Objetivo: Avaliar a evolução das manifestações do processo de luto em enlutados sujeitos a intervenção em grupo.

Material e Método: Foram desenvolvidos 3 grupos de suporte a familiares enlutados, cujo familiar falecido foi acompanhado por uma Unidade de Medicina Paliativa. Os Grupos 1 e 2 decorreram entre 2009 e 2010 com um total de 22 e 18 sessões respectivamente. O Grupo 3 foi realizado entre 2010 e 2012 totalizando 31 sessões.

O principal critério de inclusão foi a motivação para intervenção em grupo. As sessões foram realizadas numa periodicidade quinzenal, de acordo com o modelo integrativo-relacional (Payás, 2010), não directivo e em regime de co-terapia. Os grupos foram fechados, constituídos em média por 4 pessoas. Participaram no estudo 12 familiares. Os enlutados participantes da intervenção em grupo foram avaliados em dois momentos.

A primeira aplicação dos instrumentos foi realizada na segunda sessão do grupo e a segunda aplicação decorreu aos seis meses no Grupo 1 e 2, e aos 12 meses no Grupo 3. Para avaliação foram utilizados o Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado (PG-13), a Escala de Ansiedade e Depressão (HADS), a Escala de Auto-Estima de Rosenberg, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

Resultados: A maioria dos enlutados é do sexo feminino (66,7%), metade (50,0%) viúvos e 41,7% casados. A maioria da população está em luto pela perda do cônjuge (50%), seguido dos que perderam a mãe (25,0%). O tempo de luto médio no início do grupo é de 7,16 (DP: 2,212). A média de idade dos enlutados é de 59,00 (DP:10,41) e dos familiares falecidos é de 64,33 (DP: 12,99). Todos os doentes acompanhados pela equipa faleceram em contexto hospitalar e, na maioria com doença oncológica (91,7%). No primeiro momento de avaliação da intervenção nos grupos 1 e 2, a incidência de luto prolongado era de 85,7%, e na segunda aplicação foi de 71,4%. No grupo 3 a incidência de luto prolongado era de 80,0% no primeiro momento, e na segunda aplicação foi de 20%.

Na primeira avaliação da ansiedade os grupos 1 e 2 apresentaram média de 8,14 e na segunda aplicação a média foi de 8,57. No grupo 3, na primeira aplicação, a média era de 11,27 e na segunda aplicação foi de 7,75.

Com respeito a depressão os grupos 1 e 2 apresentaram média de 10,42 na primeira avaliação, e na segunda a média foi de 10,0. O grupo 3 apresentou 11,75 de média na primeira aplicação e 7,5 no segundo momento.

Relativamente a avaliação da auto-estima, nos grupos 1 e 2 na primeira aplicação, a média foi de 27,7 (10-40) e na segunda aplicação foi de 29,83. No grupo 3, a média da primeira avaliação foi de 27,71 e na segunda foi de 26,2.

O Suporte social nos grupos 1 e 2 apresentou uma média de 49,92 (15-75) na primeira aplicação e 52,14 na segunda aplicação. No grupo 3 a média na primeira avaliação foi de 50,0 e na segunda avaliação foi de 50,4.

No término dos 3 grupos foi realizado uma avaliação qualitativa da vivência de grupo a fim de se perceber as expectativas para o futuro e satisfação com a intervenção em grupo.

Conclusões: Foi possível concluir que a sintomatologia depressiva e ansiosa é independente do processo de evolução de luto. Outras variáveis, como o suporte social e a auto-estima mantêm-se relativamente estáveis. Por fim, pela análise comparativa entre os grupos, é possível depreender que o período de seis meses é insuficiente para avaliar a evolução da sintomatologia do luto, ansiedade, depressão e principalmente a prevalência do luto prolongado, uma vez que na avaliação do grupo 3, em que o intervalo de tempo entre a primeira e a segunda aplicação é maior, os resultados foram mais positivos. Os resultados foram satisfatórios, evidenciando a integração dos aspectos traumáticos da perda e mudanças significativas ao nível da reformulação existencial.

Payás, A.P. (2010) *Las Tareas del Duelo, Psicoterapia del Duelo desde un Modelo Integrativo-Relacional*. Barcelona, Paidós.

CO 4

Visita de Luto: o que traduzem os registos dos profissionais?

Autores: Autora principal: Isabel Nunes, enfermeira especialista, Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odivelas (ECCIO); Ana Cristina Pinto, psicóloga, ECCIO; Carla Janela, enfermeira especialista, ECCIO; Inês Pereira, enfermeira, ECCIO; Joaquim Gomes, enfermeiro, ECCIO; Patrícia Correia, enfermeira, ECCIO; Sílvia Miguel, enfermeira, ECCIO
Instituições: ACES Odivelas V - Centro de Saúde de Odivelas - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Palavras-Chave: Luto; Visita domiciliária de luto; Cuidador; Cuidados Paliativos; registos.
INTRODUÇÃO: Ao longo da existência do ser humano, existem, invariavelmente, perdas com as quais o homem se vai deparando nas várias fases do seu ciclo vital. A perda que mais sofrimento poderá trazer ao ser humano e a mais intensamente dolorosa é a morte de uma pessoa amada, em que apenas a volta da pessoa perdida poderá trazer o verdadeiro conforto. Inerente a uma perda, encontra-se o luto, como sendo a reação característica a uma perda significativa. O termo luto é usado para indicar uma variedade de processos psicológicos, provocados pela perda de uma pessoa amada. A preparação do luto ao longo de todo o processo de acompanhamento do doente e família é intrínseco à prestação de cuidados paliativos, assim como uma avaliação contínua do risco para uma perda não adaptativa, bem como uma disponibilização de informação sobre a mesma. Após o falecimento do doente é fundamental avaliar a adaptação do familiar a esta perda significativa. Numa equipa de apoio domiciliário a visita de luto é um meio valioso que permite aos profissionais avaliarem/monitorizarem a evolução do processo e despidarem possíveis lutos de risco, pondo ao dispor da família metodologias de intervenção no apoio no luto.

OBJECTIVOS: Objetivo geral: Conhecer os dados registados pelos profissionais relativos à visita de luto. Objetivos específicos: Analisar os registos da visita de luto; Identificar os conteúdos mais valorizados pelos profissionais nos registos da visita de luto; Analisar se os registos efectuados pelos profissionais focam os aspectos existentes no documento orientador da visita de luto.

METODOLOGIA: Pretende-se desenvolver um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, descritivo, retrospectivo, através da pesquisa documental. Serão analisados, através de uma análise de conteúdo e com uma categorização a priori (mediante o documento orientador existente na equipa) os registos das visitas de luto realizadas durante o 1º semestre de 2012.

CONCLUSÃO: Enquanto equipa com especificidade em cuidados paliativos, o apoio no luto, através da realização de visitas domiciliárias de luto engloba uma importância elevada na avaliação deste processo e facilita a adaptação à perda de um ente querido. É através de uma análise dos registos efectuados pelos profissionais que se poderão identificar aspectos valorizados por estes aquando da realização da visita domiciliária de luto, permitindo uma reflexão da prática de cuidados e, conseqüente, procura da excelência da praxis. No futuro, os resultados deste trabalho poderão ainda ser utilizados para a melhoria do documento orientador de boas práticas para a realização de visitas domiciliárias de luto, no contexto da prestação de cuidados paliativos.

Tema: Controlo e melhoria de qualidade dos cuidados

CO 5

Impacto de uma Equipa de Cuidados Paliativos na atitude dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários perante o doente terminal

Autores: António Macedo, Ilda Gonçalves, Céu Rocha, Elsa Rodrigues, Eliana Frias
Instituições: Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A Equipa de Cuidados Paliativos (ECP) exerce atividade com consultadoria no internamento em consulta externa, Hospital de Dia e apoio telefónico. Existindo integração entre cuidados de saúde primários (CSP) e secundários o apoio domiciliário é também uma realidade.

Objetivos: Pretende-se com este trabalho, 3 anos após o início do Apoio Domiciliário da Equipa de Cuidados Paliativos (ECP), avaliar o grau de conhecimento dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários sobre a sua atividade e o modo como esta alterou o seu modo de proceder perante o doente terminal.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo observacional transversal aos profissionais médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde Familiares (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do local em estudo (que, tendo em conta o Inventário de Pessoal do Setor da Saúde, totalizam cerca de 247 profissionais). A cada profissional foi pedido o preenchimento de questionário anónimo elaborado pelos autores e posteriormente discutido e reformulado em reuniões da Equipa. O questionário visa a colheita de dados demográficos e estabelecimento do grau de conhecimento do funcionamento da Equipa (através de perguntas fechadas e livres). Após preenchimento, o questionário foi remetido para o autor principal, via correio interno, para posterior análise.

Resultados: Dos 247 questionários enviados foram recolhidos 69 (taxa de resposta de 27,9%). Dos respondedores, 55 (79,7%) eram do sexo feminino com média de idade de 40 anos, 52 (75,4%) trabalhavam em USF e 42 (60,9%) eram médicos. A média de anos de atividade profissional reportada foram 15 anos. Confirmaram antecedentes de gestão de casos terminais 60 (87%) inquiridos com uma média de 2 casos no último ano. Destes, 79,7% referiram necessidade do apoio de uma equipa especializada de Cuidados Paliativos. Apesar de todos os profissionais inquiridos conhecerem a existência da Equipa de Cuidados Paliativos, 58% conhecia o apoio de consultadoria, 63,8% conhecia o apoio da Consulta Externa, 72,5% conhecia o Apoio Telefónico e 98,6% conhecia o Apoio Domiciliário. A acessibilidade e a colaboração da ECP foi considerada boa tendo os profissionais dos CSP observado que, para doentes seguidos por esta, a solicitação de cuidados domiciliários e necessidade de referênciação a Serviço de Urgência foi menor. A maioria dos inquiridos (82,1%) consideram a existência de uma ECP muito importante. As principais dificuldades reportadas na gestão de casos terminais foram o controlo de sintomas, o apoio e oferta de cuidados à família onde muitas vezes a equipa de saúde familiar é insuficiente, o lidar com o final de vida e sofrimento, a comunicação no contexto de doença terminal e o dar más notícias. As principais sugestões e necessidades verificadas foram agilizar o processo de referênciação e esclarecer o funcionamento da ECP, a formação em Cuidados Paliativos e maior envolvimento da equipa familiar na prestação destes cuidados. Todos os profissionais admitem pedir a colaboração da ECP em futuros casos

Conclusões: Os Cuidados de Saúde Primários são responsáveis pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente tendo um papel central na sua gestão. No doente terminal a gestão de cuidados, devido à sua multidimensionalidade e complexidade, pode tornar-se difícil para a equipa de saúde familiar. Verificou-se que a existência de uma equipa diferenciada de suporte em Cuidados Paliativos é muito importante e capaz de melhorar a prestação ao domicílio de cuidados ao doente terminal. Salienta-se a relevância formativa e necessidade de coordenação entre todos os prestadores.

CO 6

Morrer com dignidade no contexto da prática de enfermagem: As intervenções de enfermagem implementadas pelos enfermeiros portugueses para promover o Morrer com Dignidade

Autores: Bruno Jorge Teixeira da Fonseca; Paulino Artur Ferreira de Sousa.

Instituições: Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: O fenómeno morrer com dignidade (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®, versão 1.0) é referido como um foco de atenção sensível aos cuidados de enfermagem no contexto de cuidados a doentes em fase terminal de vida. Contudo, não estão claramente descritas as intervenções que os enfermeiros implementam nesse contexto para a promoção do morrer com dignidade. Tendo como referência as intervenções descritas no catálogo de enfermagem da CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna, realizou-se um estudo centrado na descrição das intervenções de enfermagem e na importância que assumem na prática de cuidados a doentes em fase terminal de vida, na opinião dos enfermeiros em Portugal. **Objetivos:** Identificar o nível de importância atribuído pelos enfermeiros ao conjunto de intervenções de enfermagem que integram o instrumento de colheita de dados Palliative Care for dignified dying do Catálogo de Enfermagem (CE) da CIPE®, promotoras do morrer com dignidade; Descrever o nível de importância atribuído pelos enfermeiros às intervenções de enfermagem que integram o instrumento de colheita de dados Palliative Care for dignified dying do CE da CIPE® em função das variáveis atribuído dos enfermeiros (formação, contexto de cuidados, tempo de experiência profissional). **Material e métodos:** Estudo de carácter exploratório, descritivo e transversal com abordagem quantitativa. O estudo decorreu ao longo de 2010 e 2011, abrangendo uma amostra de 267 enfermeiros, num total de 22 instituições de saúde incluindo a maior parte dos serviços e equipas de cuidados paliativos a trabalhar em Portugal. Os enfermeiros preencheram o questionário Palliative Care for dignified dying do CE da CIPE® atribuindo um grau de importância para a promoção do morrer com dignidade a um conjunto de 105 intervenções de enfermagem, acrescentando em texto livre outras intervenções que entendessem contribuir para promover o morrer com dignidade e que não estavam incluídas no grupo anterior. **Resultados:** A globalidade das intervenções de enfermagem que integram o questionário

Palliative Care for Dignified Dying são consideradas importantes, sendo 57 intervenções de enfermagem referenciadas como muito importantes pela maioria dos enfermeiros e 45 intervenções como muito importantes ou moderadamente importantes. As intervenções consideradas mais importantes estão relacionadas com os domínios da preservação da dignidade e privacidade, gestão e controlo de sintomas, apoio ao prestador de cuidados e apoio emocional. As intervenções manter a dignidade e a privacidade, administrar medicação para a dor e gerir a dor são as 3 intervenções mais importantes na promoção do morrer com dignidade na opinião dos enfermeiros participantes. Verificaram-se diferenças na importância atribuída às intervenções pelos enfermeiros de acordo com os seus atributos. Constatou-se que a importância atribuída varia com a formação em enfermagem, o contexto de cuidados (internamento ou comunidade), trabalhar ou não em cuidados paliativos e ter formação em cuidados paliativos.

Conclusões: Este estudo permitiu descrever as intervenções de enfermagem que são promotoras do morrer com dignidade no contexto da prática dos enfermeiros portugueses quando cuidam de doentes em fase terminal de vida. A globalidade das intervenções de enfermagem que integram o questionário Palliative Care for Dignified Dying são consideradas importantes pelos enfermeiros contribuindo para a validação e revisão do catálogo da CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna em Portugal. A validação cultural deste catálogo da CIPE® contribui para a reflexão sobre as práticas instituídas, introduzindo conceitos e denominações bem como sugerindo intervenções que podem conduzir a mudanças importantes na prática clínica e, em última instância, beneficiar a promoção do morrer com dignidade.

Trabalho de investigação teve um financiamento de uma bolsa de investigação "Isabel Correia de Levy" da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

CO 7 Impacto da estimativa de sobrevivência na escolha do momento de referência para Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Autora: Alexandra Gonçalves

Instituições: Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE
Introdução O Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem vindo a operacionalizar o funcionamento de unidades de internamento especializadas em Cuidados Paliativos (UCP), vocacionadas para controlar sintomas difíceis de resolver no domicílio e minimizar problemas relacionados com a ausência de suporte/exaustão familiar. Não existe contudo nenhuma ferramenta validada que oriente os clínicos quanto ao momento mais adequado para a referência.

Objectivo Explorar a utilidade da estimativa de sobrevivência no momento da referência enquanto factor preditivo da admissão atempada nas UCPs do SNS.

Material e Métodos Estudo retrospectivo incluindo todos os doentes referenciados ao longo de 12 meses para UCP por um programa intrahospitalar de suporte em Cuidados Paliativos (PIHSCP). A estimativa de sobrevivência é por rotina formulada e registada em cada visita médica, enquanto percepção clínica em semanas (ECS) e sob o formato pontuação Palliative Prognostic Score (PaP) e pontuação Palliative Prognostic Index (PPI). Definiu-se como momento de referência a data em que o doente foi inscrito, integração a data prevista de transferência para UCP e sobrevivência o tempo decorrido entre o momento de referência e o óbito, registados na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Apreciou-se a acuidade dos 3 métodos enquanto preditores da admissão em UCP recorrendo à análise da área sob a curva (AUC) de características de operação do receptor (curva ROC).

Resultados Foram feitas 71 referências para UCP (67 doentes). A mediana de idade da população proposta foi 71 anos (min 35 máx 91), sendo 52% mulheres, todos caucasianos, 37% sem cuidador, 4% não oncológicos e 56% sem terapêutica dirigida à doença base à admissão em PIHSCP. A mediana de sobrevivência foi de 50 dias (IC95% 35-65). Duas em cada 3 referências foram feitas nos 7 dias subsequentes à visita inicial. A vaga em UCP surgiu ao 64º dia (mediana, intervalo 7-112 dias). Das 23 (32%) vagas atribuídas, 12 foram recusadas (doente/cuidador). Foi significativa ($p < 0,001$) a diferença de medianas de sobrevivência de não aceites (24 dias), integrados (140 dias) e aceites mas não integrados (211 dias). Uma PaP $\leq 5,5$ ou uma CPS ≥ 8 semanas identificaram respectivamente 69% e 70% dos aceites em UCP, com uma taxa de falsos positivos idêntica (39%). Qualquer dos 3 métodos mostrou um desempenho satisfatório enquanto preditor dum referência atempada, tendo o PaP o melhor poder de discriminação [AUC curva ROC 0,78 (PaP) versus 0,74 (CPS) e 0,70 (PPI)].

Conclusões Os resultados apontam para que uma noção do prognóstico (usando a PaP ou a CPS) possa orientar os clínicos quanto ao momento ideal para a referência. O impacto destes instrumentos no processo de referência deverá pois ser validado, de forma prospectiva, noutros contextos assistenciais.

COMUNICAÇÕES ORAIS

12 OUTUBRO 2012 | 6ª FEIRA

16.00-18.00h

Tema: Cuidados Paliativos nos doentes não oncológicos e idosos

CO 8 Doentes não oncológicos: Experiência de um Serviço de Cuidados Paliativos

Autores: C. Pires, C. Ferreira, C. Moreira, C. Paiva, C. Queirós, C. Reigada, E. Carqueja, E. Gonçalves, M. Tavares, J. E. Oliveira

Instituições: Serviço de Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar de São João

Introdução: O crescimento e desenvolvimento dos modernos Cuidados Paliativos (CP) na segunda metade do século XX, evidenciou uma assimetria no atendimento a doentes terminais do foro oncológico e não oncológico. Vários trabalhos publicados nos anos 80 e 90 mostraram que as necessidades de doentes não oncológicos em fases avançadas da sua doença não diferem substancialmente das dos doentes oncológicos, mas a percentagem de doentes não oncológicos que tem acesso a este tipo de cuidados é muito baixa. Objectivos: Caracterizar os doentes não oncológicos atendidos pelo Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) de um hospital central universitário.

Métodos: Estudo retrospectivo de revisão dos processos clínicos dos doentes não oncológicos referenciados ao SCP no período compreendido entre 1 de novembro 2008 e 31 de maio de 2012.

Resultados: Dos 2135 doentes referenciados ao SCP no período em estudo, 246 (11.5%) eram doentes não oncológicos mas 41 (17%) não chegaram a ser observados (31 por terem falecido e 10 por terem tido alta do serviço referenciador antes da observação pelo SCP). Foram observados 205 doentes não oncológicos com idade média de 70 anos (variando entre 19 e 95 anos), sendo 111 (54%) do sexo masculino. A mediana de tempo de seguimento foi de 10 dias. A primeira observação pelo SCP foi em 143 doentes (70%) realizada pela equipa intra-hospitalar de suporte (em internamento), em 53 (26%) na Consulta Externa e em 9 (4%) no domicílio. Os serviços que mais doentes referenciam foram a Medicina Interna com 57 doentes (28%), a Neurologia com 38 (19%), a Pneumologia com 27 (13%) e a Cirurgia Vasculosa com 16 (8%). Os principais motivos de referência foram o controlo de sintomas em 111 doentes (54%) e a organização de cuidados em 88 (43%). Quanto à distribuição dos doentes por grupos de diagnóstico: 107 (52%) eram do foro neurológico (doença cerebrovascular, demência, esclerose lateral amiotrófica), 61 (30%) tinham falência terminal de órgão (cardíaco, renal, hepático, pulmonar), 21 (10%) patologia vascular e 6 síndrome de imunodeficiência adquirida. Cento e oitenta doentes (88%) tinham várias comorbilidades.

Conclusão: Os resultados encontrados estão de acordo com a literatura. Apenas cerca de 11% dos doentes atendidos pelo SCP eram não oncológicos, confirmando que a maioria destes doentes não tem ainda acesso a cuidados diferenciados e reforçando a dificuldade em estabelecer critérios para a sua referência. Por outro lado verifica-se que a referência é feita tardiamente (mediana de seguimento de 10 dias e percentagem elevada de doentes não observados por terem falecido) o que limita a possibilidade de intervenção.

CO 9 Utilização de Magic Eye® e de Tablet em portadores de ELA estudos de caso

Autores: Autor 1 (apresentador): Nome: Rui Pedro Marques da Silva, Enfermeiro, Autor 2: João Alves, Enfermeiro

Instituições: UCC Ermesinde

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença neurodegenerativa progressiva e incurável, causando na sua fase mais severa uma total ausência de movimento nos sistema muscular esquelético. Isto leva, entre outros, à incapacidade de 1) mobilizar os braços e 2) produzir sons através das cordas vocais (fonação). Estes 2 factores levam a um compromisso severo da capacidade de comunicar pela incapacidade de falar e de utilizar dispositivos electrónicos com teclado.

Objectivos: Apresentar 2 casos onde a utilização de tecnologias dedicadas (Magic Eye® e tablet com aplicações facilitadoras da comunicação) permitiu otimizar a comunicação da pessoa portadora de ELA.

Desenvolvimento: Caso 1: pessoa portadora de ELA, com EFMRC de 0 nos braços e fonação muito comprometida por falência dos músculos faciais e da língua. De salientar que se trata de uma pessoa cujo hobbie sempre foi a informática.

Intervenção: Alocação do sistema Magic Eye®, Magic Keyboard® e Magic Home® pelo Centro Hospitalar de S. João. A instalação e ensino inicial estiveram a cargo da entidade produtora do sistema, com continuidade dada pela ECCI de Ermesinde.

Resultado: O utente começou a usar regularmente o computador, o que aumentou a sua satisfação por retomar o seu hobbie e permitiu uma comunicação mais eficaz com os outros.

Caso 2: pessoa portadora de ELA, com EFMRC de 3- nos braços e fonação limitada por compromisso ventilatório severo. Apresenta ainda compromisso da mobilidade fina das mãos, o que impede a utilização de computador.

Intervenção: Alocação de tablet com aplicações facilitadoras da comunicação, conju- gado com suporte flexível. Resultado: A utente começou a usar as aplicações do tablet para comunicar com pessoas distantes (através de vídeo-chamada), fazendo-o de forma autónoma. A utente começou ainda a escrever as suas memórias, projeto que tinha já há algum tempo mas que não conseguia concretizar por não conseguir usar o teclado do computador.

Conclusão: A utilização dos sistemas apresentados (Magic Eye® e tablet) permitiu op- timizar a comunicação em 2 pessoas portadoras de ELA, com o acrescento de permitir a consecução de projetos/hobbies, o que por sua vez se traduziu numa maior satisfação e qualidade de vida.

CO 10

Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA): Caracterização dos Doentes Seguidos por uma Equipa de Cuidados Paliativos num Hospital Central Universitário

Autores: M.Tavares. 1.2; C. Reigada. 1; E. Gonçalves. 1; C. Moreira. 1; C. Ferreira. 1; C. Paiva. 1; C. Pires. 1; C. Queirós. 1; E. Carqueja. 1; J. E. Oliveira. 1

Instituições: 1. Serviço de Cuidados Paliativos - Centro Hospitalar de São João, 2. Insti- tuto de Ciências da Saúde do Porto Universidade Católica Portuguesa

Introdução: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é a mais frequente doença do neurónio motor, com uma incidência anual de 1 a 2 casos / 100000 pessoas nos EUA e 0.4 a 2.5 casos / 100000 pessoas na Europa (Snaith, 2003, Beghi, 2003). Tratando-se de uma doença incurável, progressiva e geradora de elevado grau de dependência, com uma esperança média de vida que varia entre os 2 e 5 anos, acarreta normalmente uma grande sobrecarga para os familiares e cuidadores.

Objetivos: Caracterizar os doentes com ELA acompanhados pelo Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) de um hospital universitário, desde que iniciou funções em Novembro de 2008.

Metodologia: Estudo retrospectivo de análise dos processos clínicos dos doentes com ELA seguidos pelo SCP.

Resultados: De 03 de Novembro de 2008 até 31 de Maio de 2012 foram seguidos 40 doente com ELA (22 mulheres e 18 homens) com mediana de idade de 69 anos (min.: 42; max.: 83). A forma de apresentação da doença foi periférica em 22 (55%), mista em 13 (32.5%) e bulbar em 5 doentes (12.5%). Referenciados maioritariamente pelo Serviço de Neurologia (n= 30), 27 doentes foram observados no 1º ano de diagnóstico. Em 31 doentes o local da 1ª observação pelo SCP foi a consulta externa sendo a mediana do tempo de seguimento da totalidade dos doentes de 177,5 dias (min.: 1 dia; Max: 764 dias). Com elevado grau de dependência (só 10 doentes tinham autonomia nas activida- des de vida diária na 1ª consulta) e alterações da comunicação presentes em 36 doentes (90%), a maioria eram cuidados por familiares (cônjuge: 21; filho: 13; pais: 1) e 12 (30%) tinham um cuidador formal. Para além da dependência e alterações da comunicação, os sintomas / problemas mais frequentes foram: disfagia (36 doentes, 90%); tristeza / depressão (n= 31, 77.5%); dor (n= 30, 75%); insónia (n= 24, 60%); obstipação (24, 60%); sialorreia (22, 55%) e dispneia (n= 20, 50%). Na 1ª consulta 24 doentes já tinham ventilação não invasiva (VNI) e 2 tinham traqueostomia. Posteriormente mais 5 doentes passaram a fazer VNI (total: 29 doentes) e foram traqueostomizados mais 2 doentes. Onze doentes tinham gastrostomia percutânea (PEG) na primeira avaliação e 5 coloca- ram este dispositivo durante o acompanhamento. A atropina sublingual foi usada em 17 doentes para controlo da sialorreia. Apenas 3 doentes necessitaram de opióides fortes para controlo da dor. Dos 20 doentes falecidos (mediana do tempo seguimento= 94.5 dias; Min: 1 dia; Max: 470 dias), 10 morreram no hospital (50%), 6 em casa (30%) e 4 noutras instituições, sendo a falência respiratória o evento final na maioria dos doentes. Destes doentes 10 (50%) foram objecto de sedação paliativa terminal (8 em internamen- to hospitalar e 2 no domicílio) e 10 fizeram morfina para controlo da dispneia no fim da vida. A assistente social, integrada no SCP em Agosto de 2011, foi envolvida nos cuidados prestados a 18 doentes. Oito doentes e 10 cuidadores foram seguidos também pelo psicólogo do Serviço.

Conclusões: Os resultados encontrados estão consonantes com a literatura e compro- vam elevada complexidade de cuidados que estes doentes exigem, acarretando intenso envolvimento emocional, financeiro e físico dos doentes e seus familiares / cuidadores. Centrados no alívio do sofrimento, que vai muito para além do controlo sintomático, os cuidados paliativos representam uma mais-valia na organização de cuidados e no pro- cesso de tomada de decisão, particularmente no que se refere à ventilação não invasiva, confecção de PEG e realização de traqueostomia, comprometendo-se ainda com um bom apoio aos familiares até depois da morte dos doentes.

CO 11

Cuidar em fim de vida em lares de idosos

Autora: Ângela Sofia Lopes Simões

Instituição: Hospital Amato Lusitano ULS Castelo Branco

Introdução: Atualmente mais pessoas vivem cada vez mais e a proporção daqueles que vivem além dos 60 anos aumentou, e vai continuar a aumentar até 2050 (Gomes & Higginson, 2008). Nas próximas décadas, projeta-se um aumento de cerca de 120% da população com limitações funcionais e a população a receber cuidados formais em instituições aumentará em cerca de 130% (Pickard et al, 2007).

Em muitos países, os lares de terceira idade (ou casas residenciais ou instalações de cuidados de longa duração) desempenham um papel crescente nos cuidados de idosos frágeis no final da vida. Podemos até afirmar que as instalações de cuidados de longa duração providenciam a maioria, se não todos, os cuidados de fim de vida às pessoas idas- sas que vivem nesses locais. A integração dos cuidados paliativos poderá ser apropriado não só para pessoas idosas no final de vida mas para todos os que recebem cuidados de longa duração. (Hallberg, 2006).

Cuidados em fim de vida de excelência, são nos últimos anos uma prioridade, mas relati- vamente a isso, pouco é conhecido acerca da qualidade de cuidados em fim de vida em lares de terceira idade (National Hospice and Palliative Care Organization, 1998; Reynolds, Henderson, Schulman e Hanson, 2002).

Atentos à constatação da irreversibilidade da posição que as instituições geriátricas assu- miram no nosso meio como local de fim de vida, e sabendo que não existem dados dispo- nibles sobre cuidados em fim de vida nos idosos institucionalizados em Portugal, torna-se urgente e necessário discutir e investigar os cuidados prestados pelas instituições para idosos centrados na perspetiva do próprio.

Objetivo: identificar elementos que influenciem os cuidados em fim de vida em lares de terceira idade. Material e Métodos: Revisão sistemática da literatura sobre a literatura publicada em cuidados de fim de vida em lares de terceira idade entre 2002 e 2012. 19 trabalhos foram identificados, através do protocolo de investigação construído. Procedeu- -se, durante os meses de Maio e Junho de 2012 à pesquisa em bases de dados on-line: PubMed, Biomed, Medline (via EBSCO), CINAHL (via EBSCO), Nursing Reference Center, SciELO, The Cochrane Library, RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) e DITED (Repositório Nacional de Dissertações e Teses Digitais da Biblioteca Nacional).

Para a identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir na revisão, isolaram-se os conceitos referentes aos participantes, ao fenómeno de interesse e contexto dos estudos pretendidos, de modo a definir um conjunto de sinónimos e de termos relacionados que, por intersecção, levaria à obtenção da expressão de pesquisa estabilizada.

Partindo do descritor MeSH Browser (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/mbrowser.html>) a expressão de busca utilizada foi a seguinte: (nurs* or caregivers or elderly or old age) and (palliative care or end of life care or terminal care or death or dying) and (nursing homes or care homes or long term care or residential care settings or homes for the aged).

Resultados: Através da análise e interpretação dos resultados conseguimos definir alguns componentes que contribuem para uma boa morte neste contexto e os elementos que influenciam a implementação de cuidados de fim de vida, relacionados com os profissio- nais, com a família e com a própria instituição como organização de cuidados. Não encontramos elementos associados com os próprios residentes em fim de vida, talvez porque a maioria dos estudos ainda se baseiam quase exclusivamente na percepção dos profissionais e familiares acerca dos cuidados prestados.

Os componentes que contribuem para uma boa morte em lares de terceira idade são: Identificação da aproximação da morte; Planeamento antecipado; Cuidados holísticos, in- dividualizados e contínuos; Boa relação com a família; Não morrer sozinho; Uso adequado de tratamentos; Controlo de sintomas; Comunicação adequada; Sem transferências precipitadas; Respeito pela personalidade e história de vida; Incluir a experiência de morte; Trabalho em equipa.

Os elementos que facilitam a abordagem paliativa aos cuidados em fim de vida nos lares de terceira idade são: Relacionamento próximo com o doente; Relação de continuidade; Ambiente seguro e "caseiro"; Naturalidade da morte.

Os elementos que dificultam a abordagem paliativa em cuidados em fim de vida nos lares de terceira idade: Relacionada com o residente: Idade avançada, Presença de do- enças crónicas, Fragilidade, Múltiplas perdas, Institucionalização; Relacionados com os profissionais: Formação insuficiente, Falta de supervisão, Pobre trabalho em equipa, Mitos e crenças culturais; Relacionados com os cuidados: Ênfase na reabilitação, Obstinação terapêutica, Pobre controlo de sintomas; Relacionados com a família: Comunicação defi- ciente, Expectativas irrealistas, Paternalismo; Relacionados com a organização: Normas e regras de funcionamento, Colaboração deficiente, Escassez de recursos.

Conclusões: O desenvolvimento de cuidados em fim de vida em unidades de longa perma- nência para idosos está claramente a ser abordado na literatura publicada e é encoraja- dor que tantos trabalhos estejam a ser realizados nesta área de cuidados, indicando que a despeito das dificuldades ainda existentes em estudar neste tipo de contexto, o tema tem merecido um crescente interesse por parte dos investigadores.

Reconhecemos falta de investigação sobre de cuidados de fim de vida em lares de idos- sos, apesar do fato de que é um local comum de morte e a inexistência de estudos em Portugal. Os estudos que foram incluídos abordam problemas vários nestas instituições que podem contribuir para uma pobre qualidade de cuidados nesta fase da vida, como deficiente identificação dos residentes que necessitam de cuidados específicos, a falta de avaliação e controlo dos sintomas, alta prevalência de dor mal controlada, falta de formação, trabalho em equipa ineficaz e pobre comunicação com a família.

Um dos pontos fortes dos trabalhos identificados é o reconhecimento por parte dos inves- tigadores e cuidadores da complexidade que envolve a prestação de cuidados em fim de vida nestes locais, o que se verificou nos trabalhos pela utilização de instrumentos que aplicam parâmetros diversificados, tanto de desempenho como de percepção, analisados em separado ou conjuntamente.

CO 12

Programa de cuidados paliativos quando há poucos recursos doentes com VIH/sida que abordagem paliativa? Sinais e sintomas mais frequentes

Autora: Lídia Justino Mondlane

Instituição: Associação Moçambicana de Cuidados Paliativos

Resumo: A. Os princípios básicos de controlo da dor são os mesmos para todos. O me- lhor método para tratar a dor em pacientes com HIV e SIDA é multimodal.

- Existem algumas características exclusivas dos idosos que precisam ser consideradas. - Para os idosos, o lema é "inicie devagar, vá devagar" no uso de analgésicos.

- O controlo da dor e outros sintomas é fundamental nos cuidados de fim de vida B. Considerações Específicas para a Gestão da Dor em Pessoas com HIV/SIDA A dor no HIV é altamente prevalente, apresenta-se com variados síndromas, pode ter duas ou três causas em simultâneo e é de difícil gestão.

A dor pode estar directamente relacionada com a infecção do HIV, imunossupressão ou tratamento do HIV. Os síndromas mais comuns reportados nos adultos Seropositivos (ver também a tabela) incluem:

- Neuropatia periférica dolorosa
- Dor causada pelo sarcoma de Kaposi extenso
- Dores de cabeça ; Dor oral e faríngea
- Dor abdominal
- Dor torácica
- Artralgias e mialgias

Afeições dermatológicas dolorosas.

Fontes Comuns de Dor em Pacientes com HIV e SIDA

Palavras chaves: HIV e SIDA, cuidados paliativos, Sinais e Sintomas comuns

Tema: Sintomas - Dor e outros sintomas

CO 13

Impacto do suporte transfusional na melhoria da sintomatologia de doentes oncológicos com anemia

Autores: Loureiro N.¹, Ramalho J.², Costa I.³, Carneiro R.³, Monteiro C.³

Instituições: ¹Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa - Unidade Padre Américo; ²Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar do Porto Hospital de Santo António; ³Serviço de Cuidados Paliativos, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

INTRODUÇÃO: A anemia é frequente em doentes com patologia oncológica. A transfusão de glóbulos rubros (GR) pode ser utilizada para alívio da síndrome anémica. O seu benefício em doentes com cancro avançado que recebem cuidados paliativos é por vezes controverso. O decréscimo das reservas de sangue justifica uma correcta avaliação da necessidade deste procedimento como prática nos cuidados paliativos.

OBJECTIVOS: Avaliar o impacto da transfusão de GR no alívio sintomático em doentes oncológicos acompanhados por uma equipa de cuidados paliativos.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospectivo envolvendo doentes seguidos numa Unidade de Cuidados Paliativos (internamento e consulta externa), durante o período de Agosto de 2010 a Fevereiro de 2012. Foram avaliadas as variáveis demográficas, o tipo de tumor, a etiologia da anemia, a frequência e intensidade dos sintomas associados e o impacto da transfusão no alívio sintomático. Na avaliação da intensidade dos sintomas foi utilizada uma escala numérica de 0 a 4 (0 = ausência, 1 = ligeiro, 2 = moderado, 3 = intenso, 4 = insuportável) e o registo foi feito antes e depois (até 3 dias) da transfusão. O benefício foi medido pela diferença entre estes dois momentos.

RESULTADOS: No período em estudo foram transfundidos 65 doentes (43 do sexo masculino e 22 do sexo feminino), com média de idades de 64 anos, sendo que 76,9% apresentavam Eastern Cooperative Oncology Group performance status de 3 ou 4. As neoplasias do tracto gastro-intestinal (30 doentes) e genito-urinário (16 doentes) foram as mais frequentes. A perda crónica e a mielossupressão foram as causas mais comuns para a anemia. Realizaram-se 97 sessões de transfusão com 163 unidades de glóbulos rubros consumidas. O valor médio de hemoglobina pré-transfusional foi 6,9g/dL (mínimo de 3,6g/dL; máximo de 9,3g/dL). A prevalência dos sintomas atribuíveis à anemia antes da transfusão foi: astenia (28,9%), mal-estar (18,0%), sonolência (17,7%), tonturas (13,9%), dispneia (11,2%), confusão (4,0%), cefaleia (2,8%) e palpitações (1,5%).

Observou-se a seguinte média de intensidade de sintomas antes do procedimento transfusional: astenia 3,0; anorexia 2,8; mal-estar 2,4; sonolência 2,1; tonturas 1,9; cefaleias 1,8; dispneia 1,8; palpitações 1,4; confusão 1,4. A utilização do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas permitiu verificar a existência de uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para as seguintes variáveis: dispneia, tonturas, astenia, mal-estar e sonolência. O tempo médio de sobrevivência desde a primeira transfusão foi de 49,8 dias, variando de 1 a 229 dias. Cerca de metade dos doentes do estudo foi transfundida nos 30 dias que antecederam o óbito.

CONCLUSÃO: A transfusão de GR é um procedimento pouco frequente em doentes em cuidados paliativos, apesar da elevada prevalência de anemia. Neste estudo verificou-se que a transfusão de GR foi benéfica no alívio de sintomas como dispneia, astenia, tonturas, mal-estar e sonolência. Observou-se que 49,2% dos doentes faleceram nos 30 dias subsequentes à 1ª transfusão. Quando usada de forma criteriosa, atendendo ao valor da hemoglobina, ao tipo e gravidade dos sintomas, o suporte transfusional pode constituir uma mais-valia no tratamento de doentes terminais.

CO 14

Prevalência de Sintomas em Doentes com Metastização Leptomeníngea

Autores: Daniel Machado, João Freire, António Moreira

Instituições: Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil, centro de Lisboa.

Introdução: Os cuidados paliativos visam reduzir o sofrimento dos doentes e famílias e a promoção da qualidade de vida. Um controlo inadequado de sintomas, para além de produzir sofrimento, poderá ter um efeito adverso na progressão da doença. A metastização leptomeníngea (ML) é uma complicação da doença oncológica sistémica. Cerca de 5% dos doentes com cancro desenvolverão ML. O tempo de sobrevida esperado para estes doentes é de 4 a 6 semanas.

Objectivos: Determinar a prevalência de sintomas relacionados com ML;

Determinar o tempo de sobrevida após o diagnóstico de ML.

Material e Métodos: Reviram-se detalhadamente os processos clínicos dos doentes com diagnóstico de ML confirmado por exame citológico do líquido céfalo-raquidiano no ano de 2011.

Resultados: De 12 doentes com diagnóstico de ML no ano de 2011, foi possível rever os processos de 11 doentes. Três doentes eram do sexo masculino. A idade à data do diagnóstico de ML variava entre 35 e 77 anos, com uma mediana de 55 anos. A mama foi a localização tumoral mais frequente. Oitenta e dois por cento dos doentes apresentavam um performance status > 2 .

As tabelas 1 a 3 apresentam os sintomas relacionados com ML e respectiva prevalência (percentagem), agrupados por grupos anatómicos.

Tabela 1. Sintomas céfalícos e respectiva prevalência.

Sintomas céfalícos	Prevalência
alterações do estado de consciência	91
cefaleias	55
agitação	55
desiquilíbrio	45
alterações cognitivas	45
alterações do comportamento	27
convulsões	27
náuseas	27
tonturas	27
alucinações	9
lipotímia	9

Tabela 2. Sintomas pares craneanos e respectiva prevalência.

Sintomas pares craneanos	Prevalência
alterações visão	27
disfagia	18
disfonia	9

Tabela 3. Sintomas medulares e respectiva prevalência.

Sintomas medulares	Prevalência
dor radicular	55
diminuição força focal	36
parestesia	18
incontinência de esfíncteres	9

Os doentes apresentaram-se com mais de 1 sintoma ou grupo de sintomas em simultâneo.

A mediana da sobrevivência foi de 10 semanas variando de 2 a 35 semanas.

Conclusões: Os sintomas relacionados com ML mais prevalentes nesta população foram as alterações do estado de consciência. A sobrevivência dos doentes desta população é semelhante à descrita na literatura. Planeia-se a realização de um estudo prospectivo que avalie os sintomas e terapêutica realizada em doentes com ML.

CO 15

Doentes com cancro da cabeça e pescoço em cuidados paliativos

Autores: Ferraz Gonçalves, Paula Silva, Sandrina Costa, Teresa Fernandes, Joana Gomes

Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos Instituto Português de Oncologia, Porto

Introdução e objectivos: O cancro da cabeça e pescoço é um dos tipos de cancro com maior incidência em Portugal. A localização destes tumores provavelmente causa problemas particulares com implicações profundas na qualidade de vida dos doentes. Por esse motivo realizámos um estudo retrospectivo para identificar os sintomas físicos e a medicação mais frequentemente usada nos doentes com neoplasias da cabeça e pescoço internados no nosso serviço.

Métodos: Os dados foram colhidos dos processos clínicos dos doentes admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos da Rede do IPO - Porto. Além dos dados demográficos, colheram-se dados dos sintomas, da medicação usada e do destino dos doentes. Os métodos estatísticos são apenas descritivos como é requerido para este tipo de estudo. **Resultados:** Entre 17/06/2007, data da abertura da unidade, e 30/06/2012 foram admitidos 1109 doentes, dos quais 112 (10%) com o diagnóstico de neoplasia maligna da cabeça e pescoço. 91 (81%) eram do sexo masculino. A mediana das idades foi de 58 anos (39-94). A localização mais frequente foi a laringe com 19 (17%) casos, seguida da faringe com 17 (15%), da face e da língua com 9 (8%) cada e do seio piriforme com 8 (7%). Verificaram-se grandes diferenças na localização dos tumores entre os géneros ($p=0,023$), para além da diferença da prevalência global. 101 (90%) tumores eram localmente avançados, sendo a metastização mais frequente a ganglionar 53 (47%). Os sintomas mais frequentes foram: dor 98 (88%); disfagia 67 (60%); astenia 67 (60%); tristeza 54 (48%). Observaram-se: feridas neoplásicas em 68 (61%) doentes; traqueostomia em 58 (52%); sonda nasogástrica em 26 (23%); gastrostomia em 64 (57%). Os fármacos mais frequentemente utilizados foram: laxantes 82 (73%) doentes; lorazepam 70 (63%); antibióticos 69 (62%); morfina 66 (59%); dexametasona 59 (53%). Foram ainda usados: fentanilo transdérmico em 37 (33%) e buprenorfina em 21 (19%). A mediana do tempo de internamento foi de 20,5 dias (1 a 169). Dos 112 doentes 96 (86%) morreram na unidade, 13 (12%) tiveram alta e 3 (3%) foram transferidos para outras instituições.

Conclusão: As neoplasias da cabeça e pescoço constituem um dos tipos de neoplasia mrdim frequentes. Produzem múltiplos sintomas, dos quais se destaca a dor. Pela sua localização provocam também dificuldades de alimentação e dificuldades respiratórias, que requerem o uso de dispositivos para as ultrapassar. Também pela sua localização, as feridas neoplásicas provocam problemas, nomeadamente de auto-imagem, que podem ter grande impacto nos doentes.

COMUNICAÇÕES ORAIS

13 OUTUBRO 2012 | SÁBADO

11.00-12.30h

Tema: Cuidados na agonia (fim de vida) e qualidade de morte

CO 16

Caracterização dos cuidados prestados ao doente terminal nas últimas 72h de vida

Autora: Elisabete Moreira Delgado

Instituição: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Egas Moniz, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: Culturalmente, a cura da doença continua a ser o principal objetivo dos serviços de saúde, através da aplicação de intervenções cada vez mais sofisticada mas, no que diz respeito aos doentes em fase terminal os cuidados hospitalares continuam deficientes e insuficientes.

Objetivos: Geral: Descrever os cuidados prestados ao doente terminal, nas últimas 72h de vida, internado no serviço de medicina interna de um hospital de agudos. Específicos: Caracterizar o doente terminal quanto ao diagnóstico primário, motivo que recorreu à urgência, género e idade; identificar as intervenções de enfermagem e médicas realizadas ao doente terminal nas últimas 72h de vida e identificar a frequência dos sintomas físicos (dor, náuseas e vômitos, delírium, dispneia e estertor/respiração ruidosa) do doente terminal, nas últimas 72h de vida.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo descritivo transversal e retrospectivo. Procedeu-se à análise retrospectiva dos processos clínicos, dos doentes internados no serviço de medicina interna de um hospital de agudos, que faleceram no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2012 até 31 de Março de 2012.

Resultados: A amostra é constituída por 31 doentes, 17 do género masculino (54,8%) e 14 do género feminino (45,2%), com predomínio no intervalo de idades 76 a 89 anos (64,5%). O diagnóstico principal mais frequente foi a infeção (19 doentes - 61,3%), seguindo-se as patologias cardio-respiratórias (5 doentes - 16,1%), as alterações metabólicas (4 doentes - 12,9%), o acidente vascular cerebral (2 doentes - 6,5%). As co-morbilidades estavam associadas em 30 doentes (96,8%), dos quais 9 (29%) foram do foro oncológico. A tomada de decisão para as medidas de conforto e a decisão de não reanimar, ambas 2 foram tomadas em 18 doentes (58,1%). Os sintomas mais frequentes foram o delírium nas últimas 72h, observado em 19 doentes (61,3%), a dor nas últimas 48h, observado em 21 doentes (67,7%) e dispneia nas últimas 24h, observado em 24 doentes (77,4%). A terapêutica prescrita com mais frequência foram os analgésicos não opióides em 20 doentes (64,5%), seguido pelos analgésicos opióides em 19 doentes (61,3%), com predomínio para a morfina prescrita a 16 doentes (51,6%) e o paracetamol a 11 (35,5%). Nas últimas 72h de vida, dos 31 doentes, 26 (83,9%) tinham antibióticos prescritos, 4 (12,9%) tinham indicação prescrita de não entubar asogastricamente, 24 doentes (77,4%) realizaram análises nasais, 19 doentes (61,3%) fizeram gasimetria e 6 doentes (19,4%) foram submetidos à colocação de cateter venoso central. A intervenção de aspiração de secreções foi realizada em 19 doentes (61,3%) dos 24 doentes (77,4%) que apresentaram o sintoma de estertor/respiração ruidosa. A execução das manobras de reanimação foi aplicada apenas a 2 doentes (6,5%) sem indicação para medidas de conforto. Conclusões: A dispneia foi o sintoma mais frequente nas últimas 72h de vida e a morfina foi o fármaco mais prescrita para o controlo dos sintomas. Das intervenções realizadas ao doente com indicação para medidas de conforto destacam-se a colheita de sangue para análise, as gasimetria e a execução de aspiração de secreções como as mais frequentes. O reconhecimento de que o doente está nas últimas horas / dias de vida e a implementação de cuidados com objetivo de conforto é um imperativo das boas práticas. O nosso estudo realça a dificuldade da equipa de saúde em evitar intervenções fúteis. A consultadoria em cuidados paliativos, a formação, assim como a criação de uma equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos, poderiam facilitar a tomada de decisão e o reconhecimento da proximidade da morte, evitando medidas fúteis.

Tema: Epidemiologia

CO 17

Realidade e preferências de local de morte em Portugal em 2010: um estudo comparativo

Autores: Bárbara Gomes; Vera P Sarmento; Pedro Lopes Ferreira; Irene J Higginson

Instituições: Kings College London, Cicely Saunders Institute; Centro de Estudos e Investigação da Universidade de Coimbra

Resumo:

Introdução: Portugal debate-se com o envelhecimento acentuado da sua população e consequente aumento da mortalidade. Nos últimos anos tem-se observado um aumento da proporção de óbitos hospitalares e correspondente diminuição da proporção de óbi-

tos domiciliários. No entanto, para se garantir um melhor ajuste das políticas sociais e de saúde às opiniões da população, sente-se a necessidade de se conhecer quais as preferências dos cidadãos face ao local de morte.

Objetivos: comparar os dados de mortalidade relativos ao local de morte em 2010 com as preferências de local de morte em Portugal, segundo regiões NUTS II e grupos etários. Material e métodos: os dados sobre o número de óbitos relativos a 2010 por grupo etário, região de Portugal NUTS II e local de morte (domicílio, hospital ou outro local), em pessoas com 16 anos ou mais, foram obtidos a partir de tabelas cedidas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). As preferências da população para local de morte têm origem no inquérito telefónico PRISMA realizado em 2010 a 1286 portugueses, sendo as opções oferecidas para local de morte preferido: casa própria, casa de familiar ou amigo próximo, unidade de cuidados paliativos, hospital, lar ou residência, outro sítio. Comparam-se os óbitos por local de morte com as preferências da população, segundo regiões NUTS II e grupos etários, através de análise descritiva e inferencial. Para este efeito foi necessário agrupar as opções PRISMA casa (própria, ou de familiar ou amigo) e lar ou residência.

Resultados: dos 105.471 óbitos que ocorreram em Portugal em 2010, 61,7% deram-se em hospitais e 29,6% no domicílio. No entanto, apenas 8,2% dos participantes no inquérito PRISMA referiu como local preferido o hospital, e mais de metade (51,2%) optou por casa (própria, ou de familiar ou amigo). Do total dos inquiridos, 35,7% preferiu uma unidade de cuidados paliativos e apenas 2,2% referiu lar ou residência como local de escolha. Ao comparar as proporções de óbitos com as preferências da população, verificámos que ocorreram mais 53,5% de óbitos em hospitais do que a proporção de participantes que referiram o hospital como o local preferido. Existem mais 23,7% de pessoas que preferem morrer em casa ou em lar/residência do que a proporção de óbitos que ocorreu nestes locais. Não pudemos comparar preferências e realidade para os locais unidade de cuidados paliativos e lar ou residência, uma vez que estas opções não estão contempladas no certificado de óbito português. Conclusões: este estudo vem demonstrar que existe um desfasamento importante entre a realidade e as preferências populacionais para local de morte em Portugal. Para responder às preferências da população para local de morte, é necessário o desenvolvimento de respostas nacionais integradas, que previnam o possível aumento de óbitos hospitalares e que deem apoio à morte em casa, com qualidade e de acordo com as preferências individuais. Assim, recomenda-se a promoção do desenvolvimento de serviços de cuidados paliativos, principalmente os serviços domiciliários mas também as unidades de internamento. Para dar resposta à grande proporção e número de mortes que acontecem em hospitais, torna-se premente desenvolver equipas de suporte intra-hospitalar. Finalmente, recomenda-se a alteração das categorias de local de óbito no certificado português, com inclusão das opções lar ou residência e unidade cuidados paliativos, de acordo com as preferências da população que distingue claramente entre os diferentes locais. Financiamento: este estudo foi realizado no âmbito do projecto DINAMO (DINAMizar formação avançada de investigação para Optimizar os cuidados paliativos domiciliários em Portugal), o qual é financiado na sua totalidade pela Fundação Calouste Gulbenkian. O projecto PRISMA foi financiado pela Comissão Europeia no âmbito do Sétimo Programa-Quadro.

Tema: Espiritualidade

CO 18

A espiritualidade e cuidados de enfermagem, em cuidados paliativos

Autores: Pinho, Carla S. R.; Pacheco, Andreia F. P.; Coelho, S. Patrícia F.

Instituições: Enfermeira UCC LDM Sidónio Álvares Pardal; Aluna Mestrado Cuidados Paliativos Universidade Católica Portuguesa-Instituto de Ciências da Saúde. Aluna Mestrado Cuidados Paliativos

Universidade Católica Portuguesa-Instituto de Ciências da Saúde. Aluna Doutoramento Enfermagem Universidade Católica Portuguesa-Instituto de Ciências da Saúde.

Introdução: O Cuidar, em toda a sua essência, apenas poderá ser prestado por enfermeiros que adotem uma abordagem holística e individualizada e que tenham em consideração a singularidade de cada indivíduo. O papel da espiritualidade e da religiosidade nos Cuidados Paliativos ganha bastante importância, pois ressalta a importância dos domínios do significado, da esperança, do amor e dos relacionamentos. Objectivo: Conhecer o estado da arte relativamente à espiritualidade em cuidados paliativos, como recurso nos cuidados de enfermagem.

Desenvolvimento: A espiritualidade, enquanto princípio da vida, existe de forma intrínseca à sua própria existência, reveste-se de um valor que dá sentido à própria vida, visível quando a pessoa se autoconhece na sua essência. No momento de finitude, ou seja, no termo da nossa vida, é essencial refletir sobre a procura incessante do ser, deste se autocompreender e se sentir em paz. Assim, enquanto enfermeiros, considerou-se essencial conhecer realizar uma revisão da literatura nas bases de dados ISI web of knowledge, Medline e Pubmed com as palavras chave: spirituality; dignity; nursing. Incluíram-se todos os artigos de língua inglesa; existentes em texto integral; com resumo e referências disponíveis e analisados por especialistas. A evidência demonstra que a maioria dos artigos são originais, num total de 21 resultados, no entanto existem três artigos com maior enfoque, os quais são citados entre 11 e 19 vezes. As temáticas mais focadas nos artigos analisados foram: dimensão espiritual, morte como conceito complexo e multidimensional, qualidade de vida, sofrimento humano, angústia existencial, aceitação/ preparação, esperança, morrer com dignidade e cuidados de enfermagem

holísticos. Existe uma predominância de produção científica nas duas últimas décadas, sobretudo no ano de 2009, com predomínio da língua inglesa. Conclusão: A prestação de cuidados de enfermagem deve de ir ao encontro às necessidades do doente, tanto das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, que serão tão específicas quanto a singularidade de cada pessoa. Para além dos tratamentos farmacológicos, que visam o alívio e controlo de sintomas físicos, há indispensabilidade explorar a dimensão espiritual, pois esta também é um fator de bem-estar, conforto, esperança e saúde. Assim, todos os enfermeiros devem preservar a dignidade e a integridade da pessoa na fase final da sua vida, preservando a sua identidade e valores, de forma a manter-se conectada com tudo o que tem sentido e valor na sua vida, mesmo perante uma cadeia progressiva de perdas e progressão da doença, até ao momento da morte.

CO 19

A percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual

Autores: Andreia Raquel Oliveira Martins (Autora principal), Francisco Luis Maia Mamede Pimentel, Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer

Introdução: O conhecimento acerca da espiritualidade em enfermagem tem vindo a ser desenvolvido, em Portugal embora com escassa evidência. É uma área identificada pelos enfermeiros como subjetiva, de difícil tradução e para a qual não se sentem preparados. No decurso da tradução e validação da Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual foi-nos permitido avaliar a percepção face à espiritualidade e ao cuidado espiritual dos enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados paliativos e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.

Objectivos: Avaliar a percepção face à espiritualidade e ao cuidado espiritual dos enfermeiros de Unidades de Cuidados Paliativos e Equipas Intra-hospitalares de Cuidados Paliativos em Portugal.

Materiais e Métodos: Selecionou-se a amostra, de conveniência, após contacto telefónico. Aos enfermeiros que consentiram participar foi enviado o link de acesso ao questionário que esteve ativo desde Março até Julho. O questionário inclui a Escala de Classificação da Espiritualidade e Cuidado Espiritual. É uma escala constituída por 17 itens, com possibilidade de resposta tipo Likert em 5 níveis, que se agrupam em 4 dimensões: Espiritualidade, Cuidado Espiritual, Cuidado Personalizado e Religiosidade.

Resultados: Dos 94 enfermeiros que participaram no estudo, 15 são do sexo masculino e 79 do sexo feminino, a maioria com idades compreendidas entre 21 e os 39 anos, trabalhavam a tempo inteiro, por turnos e contam entre 2 a 6 anos de experiência. Os enfermeiros reconhecem a importância das necessidades espirituais, embora 60,8% reafirma não ter identificado nenhum diagnóstico no âmbito da dimensão espiritual. Relativamente às respostas à Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual existe uma maior concordância com os itens que correspondem com as dimensões da Espiritualidade, Cuidado Espiritual e Cuidado Personalizado, e menor concordância com os itens da Religiosidade. Exemplos, 64,9% dos enfermeiros concordam com o item (j) Acredito que a espiritualidade está relacionada com a forma como cada pessoa vive a sua vida aqui e agora; 53,2% concorda com o item (g) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao disponibilizarem tempo com o doente, dando-lhe apoio e conforto especialmente em situações de necessidade; 61,7% concorda com o item (o) Acredito que a espiritualidade envolve amizades e relações interpessoais e 62,8% discordo totalmente com o item (d), Acredito que a espiritualidade envolve apenas a ida à Igreja/Local de Culto. Os enfermeiros que já identificaram necessidades espirituais nos doentes, bem como os que fizeram formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais, apresentam uma maior concordância na dimensão Espiritualidade. Conclusões: A maioria dos enfermeiros concorda com os itens correspondentes às dimensões Espiritualidade, Cuidado Espiritual e Cuidado Personalizado, o que revela que os participantes no estudo reconhecem o seu papel na espiritualidade e no cuidado espiritual e reconhecem a importância da abordagem das necessidades espirituais na prestação de cuidados no doente paliativo. No entanto, existe uma clara necessidade, de inclusão da espiritualidade e do cuidado espiritual nos conteúdos de formação em enfermagem.

Tema: Ética

CO 20

Futillidade Terapêutica na transição para Cuidados Paliativos

Autores: Duarte Domingues; Yuliya Shvetz; Pedro Azevedo; Ana Cristina Barbosa; Rui Carneiro; Isabel Costa; Carolina Monteiro

Instituição: Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, EPE
Introdução: Durante o exercício da Medicina centrada nas necessidades do doente, os profissionais dos Cuidados Paliativos (CP) confrontam-se frequentemente com o fenómeno da Futillidade Terapêutica. Estratégias inapropriadas, para além de não acrescentarem benefícios ao doente, podem agravar o seu sofrimento mediante efeitos adversos ou interações farmacológicas. Por outro lado, são raros os estudos relativos à futillidade terapêutica aquando da primeira avaliação por CP.

Objectivos: Estudar o fenómeno da futillidade terapêutica aquando da avaliação inicial por uma equipa terciária de CP.

Material e Métodos: Foram avaliados prospetivamente todas as primeiras consultas de

um Serviço de Cuidados Paliativos terciário e oncológico, no período entre 05/11/2011 e 31/12/2011. Em cada uma das primeiras consultas foi caracterizada a tipologia da prescrição medicamentosa utilizada pelo doente e foi aplicado o Medication Appropriateness Index (MAI), traduzido livremente da sua versão original.

Resultados: Foram incluídos no estudo 71 doentes (61% homens; mediana de idades de 68 anos; mediana do Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status de 3). Os medicamentos mais consumidos à admissão foram: analgésicos (19,2% de todos os medicamentos), psicofármacos (14,1%), anti-hipertensores (8,1%) e protetores gástricos (7,8%). Cerca de 86% dos doentes consumiam 5 ou mais medicamentos por dia. O número médio (desvio-padrão) de medicamentos ingeridos por dia diminuiu significativamente após a intervenção da equipa de CP, de 7,15 (3,64) para 5,73 (3,66); $t=-3,51$; $p=0,001$. Os principais motivos de desadequação da medicação foram a ausência de indicação para a sua utilização (23%), a inconformidade face à condição atual do doente (11,1%) e a posologia desajustada (8%). Dos 631 medicamentos habitualmente utilizados por estes doentes, 178 (28,2%) foram suspensos. Os medicamentos mais frequentemente suspensos pertenciam aos grupos farmacológicos dos psicofármacos (13,5% dos medicamentos suspensos), dos analgésicos (12,4%), dos laxantes (9,6%), dos anti-hipertensores (7,9%) e dos antiasmáticos (7,9%).

Conclusão: A futillidade terapêutica é um problema frequente. A ausência de indicação para determinado fármaco, o seu impacto negativo no estado actual do doente e desadequação posológica foram os principais motivos para a suspensão de terapêutica fútil.

Tema: Metodologia de investigação

CO 21

Actividade diagnóstica dos enfermeiros em cuidados paliativos domiciliários: revisão sistemática

Autores: Ana Júlia Silva, Sandra Martins Pereira e António Barbosa

Instituição: Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo - Universidade dos Açores

Introdução: De acordo com o Plano Nacional de Cuidados Paliativos, da Direcção-Geral de Saúde (2010), é indispensável documentar as actividades resultantes da prestação de cuidados paliativos, nomeadamente através da implementação de sistemas de monitorização da prestação de cuidados e avaliação de resultados. Em enfermagem, a documentação das actividades resultantes da prestação de cuidados não constituiu, à partida, uma acção que desperte particular interesse aos enfermeiros. Isto porque, a ênfase da intervenção dos profissionais de enfermagem está mais direccionada para a relação humana. Todavia, há uma maior atenção da necessidade de documentar os cuidados de enfermagem, idealmente num sistema de informação em enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem documentam o estado da pessoa, problemas, necessidades ou potencialidades, podendo integrar, igualmente, a família ou até mesmo a comunidade. Neste sentido, os diagnósticos de enfermagem são uma mais-valia na documentação dos cuidados de enfermagem na comunidade, que revestem-se de grande relevância para famílias e doentes no domicílio, sobretudo quando em situação de doença avançada e terminal.

Objectivos: Indagar a actividade diagnóstica dos enfermeiros numa área de intervenção especializada, como são os cuidados paliativos, e em contexto comunitário.

Material e Métodos: Para efectuar a revisão sistemática utilizamos o método P[IC]OD: P = Participants, I = Interventions, C = Comparisons (que podem existir ou não), O = Outcomes, D = Design. Quanto aos critérios de inclusão definimos os seguintes: estudos empíricos sobre a actividade diagnóstica dos enfermeiros publicados em português, inglês ou espanhol, sem qualquer intervalo de tempo estabelecido. Como critério de exclusão: artigos que não focalizavam a actividade diagnóstica dos enfermeiros. Os termos utilizados na pesquisa foram: palliative nursing - home care; palliative care - nursing home care; palliative care - nursing diagnosis; nursing diagnosis - end of life; nursing diagnosis - home care. A pesquisa dos artigos foi efectuada na base de dados EBSCOhost, especificamente na CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina. Resultados: Dos 77 artigos encontrados, apenas 5 eram relatos de estudos empíricos sobre a actividade diagnóstica de enfermeiros. Destes 5 estudos, 3 foram realizados em contexto domiciliário, 1 foi realizado em lar de idosos / contexto domiciliário e 1 foi realizado num hospital de agudos. Quanto ao tipo de doentes abrangidos pelos 5 estudos, 3 foram realizados a doentes crónicos e 2 foram realizados a doentes paliativos. A fim de caracterizar os 5 artigos foi analisada a sua origem geográfica, bem como o ano de publicação. Quanto à origem geográfica todos foram realizados fora da Europa e com a seguinte distribuição: Brasil (2), Estudos Unidos da América (2) e Coreia (1). Em relação ao ano de publicação, este variou entre 1994 e 2011, sendo que 4 artigos foram publicados no século XXI. Relativamente à actividade diagnóstica dos enfermeiros, dos 2 estudos com doentes em cuidados paliativos, os principais diagnósticos de enfermagem são: risco de queda, mobilidade física comprometida, risco de alteração nutricional e "integridade da pele comprometida" (estudo realizado num hospital de agudos); obstipação, gestão da dor, luto antecipatório e gestão da alimentação entérica (estudo realizado em lar de idosos / contexto domiciliário).

Conclusões: A actividade diagnóstica dos enfermeiros necessita de mais estudos de investigação na área dos cuidados paliativos e, também, nas diferentes tipologias de serviço, abrangendo desde o domicílio aos cuidados em unidades de internamento. De facto, a revisão sistemática incluiu um pequeno número de estudos realizados sobre a actividade diagnóstica dos enfermeiros em cuidados paliativos domiciliários.

RESUMOS

DISCUSSÃO DE POSTERS

12 OUTUBRO 2012 | 6ª FEIRA

11.00-12.30h

Tema: Cuidados na agonia (fim de vida) e qualidade de morte

P 1

Agonia e terapêutica fútil em doentes com necessidade de cuidados paliativos internados num serviço de medicina interna: estudo prospetivo

Autores: Patrícia Howell Monteiro, Maria Fraga, Margarida Lucas, Rui M.M. Victorino, Maria João Nunes da Silva

Instituições: Serviço de Medicina 2, Hospital de Santa Maria/CHLN/ Faculdade de Medicina de Lisboa

Introdução: Na agonia a implementação de cuidados paliativos (CP) reveste-se de particular importância. A melhoria da abordagem paliativa nos doentes agónicos inicia-se pelo reconhecimento da agonia, limitação de terapêuticas agressivas ou desnecessárias e implementação atempada de um plano de cuidados de conforto e controlo sintomático, bem como por providenciar apoio psicológico, espiritual/religioso ao doente e sua família. Objectivo: Analisar os cuidados na fase agónica em doentes paliativos internados num Serviço de Medicina Interna (MI) e detectar eventuais inapropriações incluídas nas definições de futilidade terapêutica.

Métodos: Estudo prospetivo observacional englobando os doentes internados num Serviço de MI de um Hospital Universitário num período de 9 semanas, dos quais foram seleccionados os que necessitavam de CP. Aplicação a esses doentes de um questionário e revisão dos processos para obtenção de múltiplas variáveis nomeadamente o reconhecimento da entrada em agonia, procedimentos e terapêuticas realizadas nos 3 últimos dias de vida.

Resultados: Dos 102 doentes com necessidade de CP identificados no estudo 32 faleceram (mortalidade 31.3%). O reconhecimento da entrada em agonia foi feito em 10 doentes (1/3 dos casos), com decisão de limitar as intervenções às estritas medidas de conforto. A suspensão das avaliações analíticas ocorreu em 6 doentes. Só em 5 foi suspensa a antibioterapia, alimentação entérica e terapêutica fútil, implicando nos restantes, a manutenção de múltiplas terapêuticas desnecessárias (albumina, ferro, ácido acetilsalicílico, omeprazol, sinvastatina, etc) até ao momento do óbito. Os casos em que estava definida por escrito ordem de não ressuscitação limitaram-se a 4.

Conclusão: Estes dados indiciam a necessidade da formação dos Internistas com vista à adopção das melhores práticas nos cuidados prestados aos doentes na fase final da vida, com optimização das medidas de conforto e suspensão de medidas diagnósticas e terapêuticas desnecessárias

P 2

Ações Paliativas nos Cuidados Intensivos

Autores: Ana Rita Afonso, Filipe Vilão

Instituição: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente - Hospital Dr. Fernando da Fonseca, Amadora

A partir do século XX, o poder de intervenção do médico cresceu enormemente sem que ocorresse simultaneamente uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos doentes. Aspectos culturais associados aos factores sociais, como a dificuldade do tratamento de um doente terminal no seu lar, levaram à morte institucionalizada. Actualmente, mais de 70% dos óbitos ocorrem nos hospitais. Nas unidades de cuidados intensivos (UCIs), pelo arsenal tecnológico disponível, torna-se quase impossível morrer sem a anuência do médico intensivista. A esperança média de vida é cada vez maior e, conseqüentemente, os doentes vivem com problemas de saúde mais sérios e complexos, o que, para muitos, significa múltiplas admissões nas UCIs durante o curso da sua doença. Infelizmente, há muitas barreiras para a promoção de cuidados paliativos efectivos nas UCIs. Essas barreiras incluem competências insuficientes sobre questões relacionadas com o fim de vida, incapacidade para os doentes participarem em discussões sobre o seu tratamento e expectativas irreais dos doentes e familiares sobre o prognóstico do doente ou do tratamento nas UCIs. A prioridade da prática nas UCIs é salvar vidas, mas a medicina moderna tende a subestimar o conforto do doente terminal imortalmente-lhe uma longa e sofrida agonia, adiando a sua morte à custa do insensato e prolongado sofrimento, praticando o encarniçamento terapêutico. Para que a dor e o sofrimento neste processo de morrer sejam minimizados há necessidade de implantação

de protocolos de cuidados paliativos nas UCIs. Pretende-se avaliar o estado actual do conhecimento sobre doença terminal e sobre acções paliativas nas UCIs, abordar as principais estratégias para uma adequada comunicação entre os profissionais de saúde, doentes e suas famílias e estabelecer quais as decisões a tomar perante um doente terminal e quais os cuidados/acções paliativas a implementar nessas unidades, sendo para estes fins fundamental a tomada de consciência e a aceitação da morte como um evento natural e o respeito à Autonomia e à Não-maleficência do doente.

Tema: Cuidados Paliativos nas crianças e adolescentes

P 3

Perspetivas sobre a morte: estudo com crianças de 8 e 9 anos

Autores: Ermelinda de Fátima Dias Cunha de Macedo; João Carlos Gama Martins Macedo; Marta Isabel Ferreira e Sá

Instituições: Prof.ª Adjunta - Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem; Prof. Adjunta - Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem; Enfermeira na Unidade de Cuidados Paliativos do Poverello - RNCCI - Braga

Introdução: A morte ainda constitui um tabu na sociedade actual. As práticas sociais apresentam um cunho marcado pela pouca discussão da finitude humana e simultaneamente pelo afastamento das crianças deste terreno considerado pouco agradável e gerador de sofrimento. Outrora este tema estava incorporado no locus familiar e comunitário, e os rituais eram visualizados e vivenciados por todos, inclusive pelos mais novos. Na sociedade hodierna, a morte está escondida e, apenas aos profissionais de saúde é permitido assistir e cuidar a pessoa no fim de vida. Ora, julgamos que é importante (re)introduzir o tema morte no ciclo vital de discussão da sociedade, desde tenra idade. Necessitamos de entender como percecionam os mais novos a morte, para que quando deparados com este facto inelutável da vida, possam enfrentar e lidar com mais facilidade. Objectivos: 1)Identificar as percepções das crianças sobre a morte; 2) descrever as percepções das crianças sobre a morte; 3)identificar diferenças entre as percepções das crianças sobre a morte num contexto rural e urbano. Material e Métodos: Tipo de estudo: exploratório e descritivo; entrevista semi-estruturada Amostra de conveniência constituída por 32 crianças: 10 pertencentes a uma zona rural do Norte de Portugal e 22 pertencentes a uma zona urbana do Sul de Portugal com idades de 8 e 9 anos. Tratamento de dados: análise de conteúdo. Resultados: Emergem do discurso das 32 crianças três categorias: Símbolo da morte; sentimentos; avaliação da morte.

Conclusões: Parece não existirem diferenças de percepções sobre a morte entre as crianças dos 8 e os 9 anos e não foram encontradas diferenças relevantes nessas percepções no contexto urbano e rural. Na amostra estudada, apesar de não ocorrerem fenómenos de constrangimentos a falar sobre a morte, verificou-se que é um tema que perturba e cria sentimentos e emoções negativos. Por outro lado, verificou-se que o discurso sobre a morte foi construído a partir das vivências sociais, apesar da ausência de momentos formais de discussão em contexto familiar e educativo.

P 4

Cuidados paliativos e morte em crianças com cancro-experiência de um Serviço

Autores: Ana Lacerda, Elsa Pedroso, MJ Ribeiro, Ana Neto, Gabriela Caldas, Ana Teixeira, Ximo Duarte, Sofia Nunes, MJ Moura, Manuela Paiva, Filomena Pereira
Instituição: IPOFG- Lisboa

Introdução: As neoplasias constituem a primeira causa de morte em pediatria, após os acidentes. Em adultos com cancro o local preferido de cuidados e de morte é o domicílio, em menor percentagem nos países do Sul da Europa por motivos culturais e sócio-económicos mas também por falta de apoio domiciliário. Em pediatria os estudos são escassos, mas sabe-se que, daquelas com doenças crónicas complexas, as crianças com cancro são as que têm maior probabilidade de serem cuidadas e falecer em casa. Por outro lado, o internamento prolongado e a morte no serviço onde foram tratadas contribuem em grande medida para o burnout dos profissionais. Objectivos: Decidimos avaliar o local de morte dos nossos doentes e o impacto do envolvimento no nosso programa de cuidados paliativos (PCP), iniciado em 2005 e focado na prestação de cuidados holísticos em colaboração com as unidades de saúde do local de residência (hospital e/ou centro de saúde equipa de cuidados continuados / paliativos). Esta colaboração é imprescindível dada a grande dispersão geográfica da área de residência dos nossos doentes (cerca de 150 novos casos/ano até aos 16 anos de idade). Desenvolvimento: Revisão retrospectiva dos processos das crianças falecidas nos últimos 5 anos (2007-2011), identificadas através da nossa base de dados. Ocorreram 160 mortes (56% sexo masculino), idade média 9.2a (0-24). Diagnóstico: 45% tumores sólidos (TS), 31% sistema nervoso central (SNC) e 24% hematológicos (H). 17% das mortes foram agudas e por isso excluídas da análise. Das 133 mortes por doença progressiva (DP) 56% ocorreram no Serviço, 24% noutros hospitais, 19% em casa, 1% em local desconhecido. Para as crianças que morreram no Serviço a duração do último internamento foi em média de 12.3d (0-75); as crianças envolvidas no PCP estiveram internadas em média 6.4d (0-24) e as não envolvidas 15.6d (0-75). O PCP levou a um aumento de 2.1 vezes da probabilidade de morrer em casa (27.5 vs 12.8%) e de 3.8 vezes de morrer no hospital da área de residência (31.9 vs 8.5%). 22% dos H, 20% dos TS e 16% dos SNC morreram em casa. O apoio psicológico (criança e família) foi 1.6 vezes mais aceite nos casos envolvidos no PCP, em especial no que concerne às

mães (80 vs 58%), quase sempre o cuidador principal. As crianças dos PALOPs tiveram maior probabilidade de morrer de DP (90%) e no Serviço (85%) devido à falta de apoios familiares, sociais e económicos.

Conclusão: Nos nossos doentes, o envolvimento no PCP duplicou a probabilidade de morte em casa e aumentou o tempo de cuidado domiciliário, diminuindo significativamente a duração do último internamento daqueles que faleceram no nosso Serviço. Para outras crianças representou a possibilidade de serem cuidadas em parceria com e falecer no hospital da área de residência, mantendo assim a proximidade da família e amigos. Com estes resultados tornaram-se evidentes para a equipa algumas vantagens da abordagem paliativa, focada na prestação coordenada de cuidados multidisciplinares partilhados com a comunidade.

Tema: Cuidados Paliativos nos doentes oncológicos e idosos

P 5 **Importância de abordagem paliativa precoce no doente com infeção VIH/Sida**

Autores: Joana Rema, Ana Rita Fortunato, Samya Sahdo Barbosa

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 3º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

Introdução: Os Cuidados Paliativos assumem grande importância na assistência a doentes com infeção VIH/Sida, tanto para o alívio de sua sintomatologia física como para a diminuição do sofrimento mental, social e espiritual de doentes e familiares/cuidadores. O surgimento de terapêuticas mais eficazes não diminuiu essa importância uma vez que em alguns países não se encontra disponível, particularmente no continente africano. Para além da terapêutica modificadora da doença, muitos doentes necessitam de alívio complementar de sintomas importantes.

Objetivos: Reconhecer a importância da abordagem precoce paliativa no doente VIH/Sida particularmente em países nos quais não está disponível a terapêutica antiretroviral e conhecer os principais sintomas manifestados no decurso da infeção.

Desenvolvimento: Os Cuidados Paliativos como uma prioridade de saúde mundial, na área particular da infeção VIH/Sida deve-se sobretudo segundo estudos bibliográficos mundiais, ao facto de existir uma taxa mortalidade mais elevada relativamente aos doentes não infectados, à própria terapêutica antiretroviral se associar a uma taxa significativa de toxicidade e de efeitos laterais, à manifestação das comorbilidades como por exemplo a doença hepática terminal em co-infectados por vírus da hepatite C, à não diminuição da incidência de algumas neoplasias associadas como por exemplo o linfoma de Hodgkin ou a neoplasia pulmonar e por último à proporção significativa de infectados pelo VIH se apresentarem desde o início já sob a forma de doença avançada. Os cuidados paliativos incluem o controlo de sintomas como a dor, particularmente a neuropática presente em cerca de 40 % dos doentes com infeção VIH, a dispneia, a astenia, a náusea, os vômitos, náuseas e síndrome de anorexia/caquexia, entre outros.

Conclusão: Os cuidados paliativos como cuidados activos e globais prestados por uma equipa multidisciplinar tornam-se fundamentais para garantir o bem estar e qualidade de vida durante todo o curso da doença, quer ao doente VIH quer a sua família.

P 6 **Avaliação das necessidades de Cuidados Paliativos nos doentes com Acidente Vascular Cerebral Não Agudo**

Autores: Patrícia Howell Monteiro, Maria Fraga, Margarida Lucas, Rui M.M. Victorino, Maria João Nunes da Silva

Instituições: Serviço de Medicina 2, Hospital de Santa Maria /CHLN/ Faculdade de Medicina de Lisboa

Introdução: Não há critérios definidos para inclusão de pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) em Cuidados Paliativos (CP), mas alguns autores têm defendido o benefício dos CP nesta situação. Três estudos recentes objetivaram, no AVC Agudo, a necessidade de controlo sintomático e de decisões de suspensão de terapêutica fútil, com o fim de melhorar os cuidados prestados, particularmente no final da vida. Existem poucos estudos sobre CP nos doentes com AVC Não Agudo (NA). Objetivo: Caracterizar a sintomatologia e tipo de cuidados prestados aos doentes com AVC NA internados num Serviço de Medicina Interna (SMI), considerados como carecendo de CP de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde. Métodos: Estudo prospectivo observacional, com 9 semanas de duração, abrangendo todos os doentes internados num SMI. Seleção dos doentes com necessidade de CP. Aplicação de um questionário e revisão dos processos clínicos para obtenção de múltiplas variáveis (sintomas e medidas de controlo sintomático, cuidados especiais de enfermagem, mortalidade). Resultados: Dos 102 doentes identificados com necessidade de CP, 24 tinham AVC NA. Todos apresentavam demência, 96% estavam acamados, 75% tinham úlceras de pressão, 71% faziam alimentação entérica e 38% apresentavam agitação psicomotora, requerendo em média 3 cuidados de enfermagem. O número médio de sintomas foi 3 (dispneia, obstipação e sonolência foram os mais frequentes). A maioria dos sintomas era condicionada pelas co-morbilidades (ex: infeções respiratórias, originando dispneia) ou pelas sequelas do AVC (agitação psicomotora). Foi administrada morfina em apenas 1 doente, para alívio da dispneia, sendo prestados CP básicos nos restantes casos. A mortalidade foi 12,5%.

Conclusão: Os sintomas apresentados pelos pacientes com AVC NA foram geralmente associados a co-morbilidades e ao AVC, necessitando maioritariamente de CP básicos e de cuidados na agonia. Esta população de doentes necessitou fundamentalmente de Cuidados Continuados, e beneficiou da aplicação da filosofia dos CP.

P 7 **Crítérios de elegibilidade para cuidados paliativos em pacientes não oncológicos**

Autores: Lilian de Fátima Costa Faria, Rodrigo Guimarães, Ana Carolina Piccioni, Sueli Luciano Pires, Milton Luiz Gorzoni, Judymara Lauzi Gozzani

Instituição: Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Objetivo: Revisão de literatura com objetivo de identificar critérios de elegibilidade para cuidados paliativos em pacientes não oncológicos.

Métodos: Realizada revisão de literatura com base de dados no medline, lilacs, pubmed e através de literatura impressa sobre o tema de 1990 até 2011 pesquisando-se indicação de cuidados paliativos em pacientes não oncológicos e critérios de terminalidade das doenças de base que levam a falência orgânica. Deu-se preferência para literatura brasileira por tratar-se de assunto novo e ainda pouco fundamentado no Brasil.

Resultados: Há indicação de cuidados paliativos em pacientes não oncológicos, com doenças cronicodegenerativas em estágio terminal tais como insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência hepática, insuficiência renal e quadros neurológicos graves com expectativa de vida de seis meses ou menos. Cuidados paliativos são bem estudados e definidos para pacientes oncológicos, mas podem também ajudar nos cuidados de pacientes não oncológicos e com doenças respiratórias, cardíacas, circulatórias, renal e neurológicas com evolução arrastada e com prognóstico reservado onde se esgotaram todas as possibilidades de tratamento de manutenção ou prolongamento da vida. São usadas escalas para avaliar a capacidade funcional e para avaliar o desempenho. O foco do tratamento é o bem estar do paciente e não a cura da doença de base. São usados critérios de terminalidade para cada doença de base para definir fase terminal de cada doença.

Conclusão: Tais critérios devem servir como norteadores para indicação de Cuidados Paliativos: Índice de Katz com dependência total; Índice de Karnofsky abaixo de 50%; Internações frequentes nos últimos três meses; Infeções frequentes nos últimos três meses; Via alternativa para alimentação e hidratação; Albumina sérica < 2,5 mg/dl; Perda de 10% do peso nos últimos seis meses; Úlceras por pressão.

P 8 **Os poderes da aromaterapia na agitação em pessoas com demência**

Autores: ALVES, Sandra1 ; SÁ, Luís2; COELHO, Patrícia3

Instituições: 1Estudante de Mestrado em Cuidados Paliativos, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; Enfermeira, Chelmsford Nursing Home, Reino Unido, Essex; 2Professor Auxiliar Convidado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto; 3Professora Assistente convidada, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto

Introdução: A demência é um síndrome onde ocorre a perda de capacidades intelectuais e sociais interferindo gravemente com as atividades do quotidiano, sendo a agitação o sintoma comportamental mais exibido. Com o rápido envelhecimento populacional, a demência têm-se tornado um importante problema de saúde pública no mundo. Terapias complementares ou alternativas apresentam-se cada vez mais utilizadas no tratamento de diversos problemas de saúde. A aromaterapia é a terapia complementar mais utilizada em pessoas com demência. Ao longo dos últimos anos, ensaios clínicos compararam a aromaterapia em pessoas com demência utilizando principalmente óleo de lavanda (Lavandula angustifolia ou Lavandula officinalis) ou óleo de erva-cidreira (Melissa officinalis), no tratamento da agitação.

Objetivo: Identificar os efeitos clínicos da aromaterapia na agitação em pessoas com demência baseados nos estudos científicos disponíveis.

Desenvolvimento: A aromaterapia é a arte e a ciência de usar óleos essenciais extraídos de flores, folhas, galhos, cascas, raízes e frutos de muitas plantas comuns, no tratamento de desequilíbrios psicossomáticos, através dos aromas. Os métodos de aplicação mais usuais na prática da aromaterapia são: pulverização e difusão aérea, inalação, compressas, banhos e massagens. O mecanismo de ação dos componentes dos óleos essenciais pode estabelecer-se por contato com a pele; penetração e consequente alcance da corrente sanguínea, ou por estimulação do sistema nervoso central através da inalação do aroma. Assim, são três os sistemas fundamentais para se processar a aromaterapia: circulatório, límbico e olfativo. Aromaterapia tem sido usada em pessoas com demência na redução da agitação, promoção do sono e estimulação de comportamento motivacional. Alguns estudos mostram resultados promissores no tratamento de sintomas comportamentais e psicológicos da demência, nomeadamente, na agitação, observando-se também uma melhoria na funcionalidade, promoção do sono e cognição e fortalecimento das relações. O óleo de lavanda é o mais largamente utilizado devido às suas propriedades sedativas.

Conclusão: Os estudos demonstraram um impacto significativo da aromaterapia sobre a agitação em doentes com demência, sem evidência de efeitos colaterais. No entanto, ainda não há evidência suficiente para recomendar o uso difundido na prática clínica sendo raramente considerada pelos profissionais de saúde. A questão fundamental é saber se a aromaterapia é uma alternativa viável aos atuais agentes farmacológicos, sendo necessárias mais estudos científicos.

DISCUSSÃO DE POSTERS

13 OUTUBRO 2012 | SÁBADO

14.00-15.30h

Tema: Ética

P 41

Factores preditivos de qualidade de vida em demência

Autores: Helena Bários, Ana Verdelho, Alexandre de Mendonça, Manuel Caldas de Almeida

Instituições: Hospital do Mar, Hospital de Santa Maria, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa

Introdução: A demência é uma doença progressiva sem abordagem curativa, sendo a maximização da qualidade de vida do doente um dos objectivos de intervenção prioritários.

Objectivos: Identificar os factores preditivos de qualidade de vida em doentes internados com o diagnóstico de demência ligeira a moderada.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo transversal envolvendo 43 doentes com demência ligeira a moderada internados num hospital geriátrico, e seus cuidadores profissionais. A qualidade de vida foi medida através da escala QOL-AD. Foram estudadas variáveis sociodemográficas do doente (sexo, idade, estado civil, escolaridade), estado cognitivo, funcionalidade, sintomatologia neuropsiquiátrica, depressão, satisfação com a vida do doente, comorbilidades e sobrecarga do cuidador. Os factores preditivos foram calculados através de regressão linear, utilizando a qualidade de vida como variável dependente.

Resultados: A qualidade de vida avaliada pelo doente e seus cuidadores não apresenta diferenças significativas. Das variáveis estudadas as únicas que surgem como factores preditivos da qualidade de vida avaliada pelo próprio doente são a depressão e satisfação com a vida explicando em conjunto 64,4% da variância da classificação da QOL-AD. A qualidade de vida do doente avaliada pelo cuidador apresenta como factores preditivos o item depressão do Inventário Neuropsiquiátrico, e a funcionalidade para actividades básicas de vida diária, explicando estes factores 22,8 % da variância.

Conclusões: O doente com demência e o seu cuidador apresentam factores preditivos de qualidade de vida não totalmente coincidentes. No entanto ambos valorizam o estado de humor do doente como factor central para a qualidade de vida. A depressão no doente com demência deve ser pesquisada activamente e tratada, de forma a melhorar a qualidade de vida destes doentes.

Tema: Instrumentos de avaliação e de medida

P 10

Validação de um instrumento de acesso a efeitos adversos de opióides em doentes oncológicos

Autora: Marina Fonseca

Instituição: Hospital de Santa Maria

Introdução: A dor é um sintoma muito frequente em doentes oncológicos. Os opióides são indicados para a dor moderada a severa. Otimizar a prescrição de opióides melhora a qualidade assistencial.

Objectivo: validar o instrumento Numerical Opioid Side Effect (NOSE) para português em doentes oncológicos. Material e Métodos: foi avaliada uma amostra de 50 doentes com neoplasias avançadas, 25 dos quais em regime de ambulatório e 25 internados entre Fevereiro e Maio de 2011.

O NOSE é uma escala numérica de 0 a 10, que compreende 4 grupos sintomáticos: gastrointestinais, neuropsiquiátricos, urinários e outros.

Foram aplicados: um questionário com características demográficas e clínicas da população, NOSE, ESAS, EVA e ECOG.

A validade discriminativa foi avaliada comparando dois grupos : ECO=4 ECOG<4.

Foi utilizado o Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) para a validade de critério. O performance status foi calculado pelo Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG).

Resultados: a média da dor registada foi 5.85 (95% CI =5.04-6.65). O teste de normalidade de Shapiro-Wilk foi 0.42, com curva de distribuição normal. Consistência interna: de Chronbach 0.38. Verificou-se boa correlação com ESAS - coeficiente de Pearson 0.71. Os efeitos adversos mais prevalentes foram: NOSE 2 (média 5.7 – fadiga, sonolência, dificuldade em se concentrar, alucinações e/ou apatia), NOSE 6 (média 5.7 – boca seca) e NOSE 1 (média 4.2 – náuseas, vômito ou perda do apetite).

O grupo com ECOG=4 mostrou resultados significativamente mais altos no score total na NOSE comparativamente ao ECOG<4 (t student -3.4, =0.001).

Conclusões: O NOSE é sensível, com boa validade de critério e discriminativa.

Sugere-se uma nova escala com o desdobramento de opções nos itens 1,2,7 e 9 e redução da amplitude da escala de 0 a 10.

O NOSE é um instrumento útil e fácil devendo, após as modificações sugeridas ser capaz de avaliar com mais precisão os efeitos adversos dos opióides.

Tema: Psicologia e comunicação

P 11

Sentido de vida no doente com cancro avançado e paliativo: uma revisão da literatura

Autora: Sónia Azevedo Castro

Instituições: Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE, Porto; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto

O sentido de vida é um construto presente na investigação empírica em psicologia, particularmente no que respeita ao seu esforço para compreender a forma como os sujeitos respondem a situações de crise ou doença (White, 2004). O objectivo deste trabalho é fazer uma revisão da literatura sobre o sentido de vida, procurando compreender o seu impacto na adaptação psicológica ao cancro, no doente avançado e paliativo. Autores como Frankl (2004) consideram que necessitamos de uma razão para ser felizes e que é na busca dessa mesma razão que se actualizam os potenciais sentidos para a vida e, uma vez encontrados somos capazes de lidar com o sofrimento. Taylor (1983) demonstrou que sofrimento pode estimular a necessidade de encontrar um sentido de vida, através de três estratégias gerais: encontrando um sentido no sofrimento, reconstruindo um sentimento de auto-eficácia ou controlo e promovendo um sentimento de valia pessoal. Estas estratégias correspondem a três das quatro necessidades de sentido de vida, especificamente: propósito, eficácia e valia pessoal. A quarta necessidade, valor, refere-se ao facto de o sujeito acreditar que o seu sofrimento está associado a um valor positivo e contribui para que o possa tolerar mais facilmente. O coping focado na busca de sentido de vida refere-se a uma grelha multidimensional que inclui as significações da doença, o processo de procura de um sentido de vida e o resultado de uma adaptação positiva (Lee et al., 2004; Park & Folkman, 1997 citados por Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2006). Muitas são as evidências que apontam para os efeitos positivos da busca do sentido de vida. Os benefícios para o self podem ocorrer porque esta busca de sentido permite ao sujeito estabelecer a sua identidade e afirmar o seu valor pessoal. Simultaneamente, existem benefícios na saúde física e psicológica que resultam da procura de um sentido de vida, sendo que os sujeitos que obtêm maiores benefícios são aqueles que revelam a capacidade de transformar um acontecimento negativo ou indesejável num resultado positivo (Baumeister, & Vohs, 2002). Esta ideia está na base de um conjunto de investigações e programas clínicos que exploram o significado clínico e teórico do sentido de vida relativamente à adaptação à doença oncológica numa grande variedade de populações, tipos de cancro e fases da trajetória da doença, entre as quais a doença avançada e paliativa (Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2004). Embora a busca de um sentido para as suas vidas esteja associada a um maior distress psicológico, a reconstrução de uma nova perspectiva sobre o mundo e sobre o self que assimila ou acomoda as repercussões do cancro está associada a um estado de bem-estar aumentado. O coping focado na busca de sentido da experiência de doença caracteriza-se por um processamento cognitivo associado a um estado de distress, embora normativo, que pode conduzir a resultados positivos (Lee et al., 2006). Os resultados da investigação empírica nesta área sugerem que o sentido de vida está positivamente relacionado com medidas gerais de adaptação psicológica ao cancro como a qualidade de vida verificando-se, também, uma correlação negativa entre sentido de vida e ansiedade e depressão (Vickberg, et al, 2001; Lee, et al, 2004; Lethborg, Aranda, Cox, Breitbart, et al, 2010; Silva, 2010). A literatura revela, também, que o sentido de vida está associado a uma maior auto-estima, maior percepção de auto-eficácia, maior satisfação com a vida e optimismo no doente paliativo (Breitbart, 2001; Breitbart, Gibson, Poppito, Breitbart, et al, 2010; Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2006). A relação positiva entre o sentido de vida e a adaptação ao cancro avançado e paliativo, reflectem a necessidade de promover intervenções psicológicas que promovam a estimulação do sentido de vida e o coping focado na busca do sentido de vida neste grupo de doentes, contribuindo para uma melhor adaptação à doença.

Tema: Família e cuidadores

P 12

Ajustamento mental ao cancro do familiar do doente oncológico em fase terminal, seguido em cuidados paliativos

Autores: Ana Pereira; Teresa Martins

Instituições: IPO Porto, ESEP (Escola Superior de Enfermagem do Porto)

Introdução: A doença oncológica terminal não traz implicações apenas ao doente oncológico, repercutindo também na família os seus efeitos, muitas vezes devastadores. A família sofre perdas e alterações na sua identidade e papéis familiares, com impacto no seu funcionamento diário e saúde. Estes acontecimentos implicam a necessidade de adotar um conjunto de estratégias para fazer frente à ameaça, podendo estas estratégias serem mais ou menos favoráveis às etapas adaptativas com que os familiares se vão deparando ao longo da doença – estratégias de coping. O conjunto de respostas cognitivas e comportamentais manifestadas pela família face à doença oncológica terminal vai determinar o seu ajustamento mental ao cancro.

Objectivos: Medir o ajustamento mental ao cancro dos familiares de doentes oncológicos em fase terminal seguidos em cuidados paliativos e conhecer as estratégias de coping utilizadas pelos familiares de doentes oncológicos em fase terminal.

Material e método: Trata-se de um estudo exploratório descritivo e correlacional com

uma amostragem do tipo acidental, constituída por 131 familiares de doentes oncológicos em fase terminal. A recolha de informação foi realizada através de um questionário onde foi aplicada a Escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar (EAMC-F), versão original de Watson e colaboradores, na sua versão Portuguesa, traduzida e adaptada por Santos, Ribeiro & Lopes (2006).

Resultados: Após observação dos resultados verifica-se que a estratégia mais adotada pelos familiares que compõem a amostra é o Espírito de Luta (valor médio 3,14), seguindo-se pelo conjunto de atitudes face à doença de Preocupação Ansiosa/Revolta (valor médio 2,96), Desânimo/Fatalismo (valor médio 2,39) e por fim

Aceitação/Resignação (valor médio de 2,23). Observa-se que a escala global (EAMC-F) se correlaciona positivamente com o Espírito de Luta e a Aceitação/Resignação e negativamente com a Preocupação Ansiosa/Revolta e o Desânimo/Fatalismo. A Preocupação Ansiosa/Revolta evidencia uma correlação positiva e significativa com o Espírito de Luta e o Desânimo/Fatalismo. No que se refere às variáveis sociodemográficas, as mulheres utilizam preferencialmente estratégias do tipo Preocupação Ansiosa/Revolta ($t(129)=2,33$; $p=0,02$); os indivíduos do grupo casados Desânimo/Fatalismo ($t(128)=3,14$; $p=0,002$), assim como os familiares com mais idade ($r(131)=0,18$, $p<0,05$) e os conjugues ($F(2;126)=4,86$; $p=0,009$). Quando analisada a escala global (EAMC-F) os familiares da amostra reformados apresentam pior ajustamento mental ao cancro ($F(2,118)=3,55$, $p=0,03$) evidenciando melhor ajustamento face à situação de stress que estão a viver os elementos da amostra pertencentes a outros parentescos que não cônjuge e filho/a. Os familiares com um maior nível de escolaridade evidenciam valores mais elevados na EAMC-F ($r(130)=0,29$, $p=0,01$) e correlação negativa com as sub-escalas Preocupação Ansiosa/Revolta, Desânimo/Fatalismo e Aceitação/Resignação. Por sua vez os que exercem profissões mais diferenciadas apresentam menos Desânimo/Fatalismo.

Conclusões: Os resultados mostram que os familiares adotam, preferencialmente, estratégias de confronto face a doença oncológica terminal, reagindo de forma construtiva. O Espírito de Luta e a Aceitação/Resignação favoreceram um ajustamento mental ao cancro mais adaptativo, contribuindo de forma contrária o Desânimo/Fatalismo e a Preocupação Ansiosa/Revolta.

Apesar da influência negativa da Preocupação Ansiosa/Revolta, observou-se que por vezes ela dá origem a recursos de tipo Espírito de Luta, ficando a hipótese de esta poder comportar-se como uma variável mediadora. Ser do sexo feminino, casado, com mais idade, reformado e cônjuge do doente interfere negativamente no desenvolvimento de estratégias de coping, prejudicando o ajustamento mental ao cancro; tendo um comportamento inverso ser detentor de um nível de escolaridade superior, uma profissão mais diferenciada e uma relação de parentesco com o doente que não a de cônjuge ou filho/a.

P 13

Avaliação da satisfação dos familiares dos doentes em Cuidados Paliativos: contributo para a validação da escala FAMCARE

Autores: Antónia Cláudia Pimenta de Almeida, Aida Cruz Mendes e António Barbosa
Instituições: Hospital Litoral Alentejano, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Faculdade de Medicina de Lisboa.

Este artigo descreve a satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos através da validação da escala FAMCARE. Por desconhecerem-se estudos, em Portugal, que avaliem a satisfação dos familiares de doentes paliativos, realizamos estudo descritivo-correlacional numa amostra de 103 cuidadores, de uma zona centro-sul do país. Dada a inexistência de instrumentos de medida validados para a população portuguesa para o fenómeno em estudo procedeu-se, de igual modo, a estudos de seleção, tradução e validação de uma escala de medida: FAMCARE. Utilizou-se a WHOQOL-Bref para avaliação da qualidade de vida e a DASS-21 para avaliação da depressão, ansiedade e stress.

Os dados obtidos mostram que os familiares estudados se encontram satisfeitos com os cuidados prestados ($P75=36$).

Os estudos de fiabilidade com a utilização da FAMCARE mostraram um valor de consistência interna bom ($\alpha = 0,81$). Palavras-chave: avaliação; satisfação; família; FAMCARE.

INTRODUÇÃO: A família desempenha um papel fundamental no contexto sociocultural dos seus membros e, na maioria das sociedades, a prestação dos cuidados é percebida como uma das suas funções. Este cuidado engloba aspectos psicológicos, éticos, sociais, demográficos, clínicos, técnicos e comunitários (Luders e Storani, 2000). Para além da complexidade do cuidado prestado pelas famílias, deveremos ainda considerar que elas próprias têm sofrido complexos fenómenos de ajustamento às mudanças de organização social e que estas podem-se constituir como fortes constrangimentos ao desempenho dos seus papéis tradicionais enquanto cuidadores. Apesar disso, é ainda sobre a família que se encontra depositada uma última reserva e expectativa na prestação de cuidados. Frequentemente, é na família que o indivíduo procura ajuda para ultrapassar dificuldades que surgem ao longo da vida. A presença de doença na família provoca ruptura com a vida anterior e ajustamento a uma nova realidade social/espiritual; implica um processo de reorganização na sua estrutura, nos papéis e nas relações afectivas. As alterações de cada família relacionadas com a doença de um dos seus membros dependem do papel social do doente, da idade, do sexo e da própria estrutura familiar. No seu conjunto, estas e outras variáveis, irão influenciar todo o processo de ajustamento, a sua dinâmica e a percepção que cada um dos intervenientes tem sobre os acontecimentos.

Por outro lado, reconhece-se que cuidar envolve longos períodos de tempo prestados ao

doente provocando desgaste físico e psicológico. As doenças terminais geram repetidas hospitalizações e tratamentos, ocasionam alterações na vida do doente, mas também das suas famílias que, perante a ineficácia do tratamento curativo, confrontam-se com o decurso natural da doença e a fase paliativa. Mas, ao mesmo tempo, é sabido que a participação dos familiares na prestação de cuidados de conforto aos seus doentes é fundamental, pois permite-lhes manter o domínio da situação quando impotentes perante o doente e a doença. Ora, para que a família desempenhe o seu papel de cuidador tem que ser apoiada na prestação de cuidados, informada acerca das mudanças que ocorrem e das atitudes a adoptar. Apesar de muitos familiares considerarem a prestação de cuidados ao doente em cuidados paliativos como algo gratificante e enriquecedor, o desempenho destas funções traz, frequentemente também, experiências negativas tais como a frustração, a tristeza, ou o desespero. Em familiares cuidadores estas experiências estão associadas à progressão da deterioração do doente em cuidados paliativos, à diminuição de tempo livre, à ausência de apoios, a conflitos familiares, a sentimentos de culpa pela saturação de quem se cuida, de desejar que tudo termine, ou seja, a morte do doente e de, simultaneamente, não se estar a fazer tudo o que é possível para o seu bem-estar (Anthony-Bergstone et al 1988; Kinney e Stephens, 1989; Schulz e Williamson, 1991). Assim, no cuidado integral a dispensar ao doente, deve ser integrado, entre outros, o apoio à família.

A satisfação da família é um dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente e a sua avaliação é fundamental. Para tal efeito, têm sido propostas escalas de medida que de uma forma fácil e rápida possam fornecer informação relevante sobre este indicador. No entanto, em Portugal não existe nenhuma escala validada para avaliar a satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos o que constitui uma importante lacuna para a avaliação dos cuidados prestados.

A escala FAMCARE (Kristjanson, 1993), desenvolvida com base em pesquisa qualitativa, em que se pediu aos familiares uma lista de indicadores de qualidade de cuidados, e que foi validada em famílias com doentes com cancro, tem sido utilizada em diferentes países com bons resultados de fiabilidade. Assim, propõe-se neste estudo avaliar a satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos e contribuir para a validação desta escala em português.

Os objectivos deste estudo são descrever a satisfação dos familiares relativamente aos cuidados prestados aos doentes em cuidados paliativos e traduzir e testar as propriedades psicométricas (sensibilidade/ especificidade) da escala FAMCARE.

Descrição do instrumento: A escala FAMCARE foi concebida pela professora Kristjanson (1993), que a desenvolveu com base em pesquisa qualitativa, pela reunião de uma lista de indicadores de qualidade de cuidados através de entrevistas a familiares de doentes com cancro. Mais tarde tem sido utilizada, também, com familiares de doentes em cuidados paliativos, como instrumento de avaliação da satisfação dos cuidadores de saúde. A escala FAMCARE é constituída por 20 itens, a resposta a cada um destes itens é feita através de uma escala likert de cinco pontos: 1- muito satisfeito; 2- satisfeito; 3- indeciso; 4- insatisfeito; 5- muito insatisfeito.

Baixa pontuação na escala FAMCARE indica elevado nível de satisfação e alta pontuação indica baixo nível de satisfação.

No estudo original a consistência interna (alfa Cronbach) foi de 0,93 e os resultados das correlações dos coeficientes do teste-reteste, com o intervalo de 24 horas, foi de 0,91. No estudo de validação da escala, Kristjanson (1993) descreve-a como tendo um carácter multidimensional, assim agrupados:

Informação dada (itens 2, 3, 4 e 16);

Disponibilidade dos cuidados (itens 6, 11, 12 e 20);

Cuidados físicos (itens 1, 5, 8, 10, 14, 18 e 20);

Cuidados psicossociais (itens 7, 9, 13 e 15).

METODOLOGIA: Para a criação da versão portuguesa da FAMCARE obtiveram-se os seguintes resultados nas diferentes etapas de adaptação cultural e linguística:

Formulação do pedido autorização à autora Linda Kristjanson para a criação da versão portuguesa.

Elaboração de duas traduções independentes uma da outra por dois tradutores bilingues. Obtendo-se a versão 1 e a versão 2.

Ambas as traduções foram sujeitas a uma reunião de consenso com os tradutores e com as responsáveis pelo estudo. Obtendo-se versão 3.

Retroversão para a língua original da versão 3. Foi efectuada por um tradutor independente de nacionalidade inglesa que domina fluentemente o português. Esta versão foi discutida numa reunião com o tradutor que foi confrontado com a versão original. Desta reunião surgiram alterações que foram introduzidas na versão portuguesa. Obtendo-se a versão 4.

Contacto com a autora do instrumento original para serem comentadas as diferenças entre as duas versões (original e a versão 4). Sugeriu alterações nas instruções. Obtendo a versão 5.

A validação consensual da versão portuguesa foi feita por peritos na área (médico, enfermeiros, outros técnicos de saúde e investigadores) que avaliaram e compararam as versões quanto à equivalência semântica, idiomática e conceptual dos itens. Obteve-se a versão definitiva.

Aplicado o pré-teste a quatro familiares entre os dias 11 a 14 de Fevereiro de 2011 nas consultas de cuidados paliativos do Hospital do Litoral Alentejano e que possuíam características semelhantes à população a ser estudada. Pretendeu-se com o pré-teste verificar a compreensão e pertinência das questões; a facilidade de preenchimento e a inclusão de itens desnecessários ou ofensivos. O preenchimento do questionário foi de 5 minutos, os participantes não referiram dificuldade no seu preenchimento e na sua compreensão. Por isso o questionário não foi reformulado.

Aplicação do questionário a 78 familiares de doentes em cuidados paliativos na consulta de cuidados paliativos do Hospital Litoral Alentejano e a 25 familiares na Equipa de

Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Odivelas perfaz um total de 103 questionários.

A análise da consistência interna através do cálculo do coeficiente de alfa Cronbach da escala FAMCARE.

Para estudo da estabilidade temporal, teste-reteste, desta versão testou-se a reprodutibilidade do questionário entregando-se a 40 famílias em dois tempos diferentes separados entre si por um mês.

Foram pedidos as autorizações aos Conselhos de Administração e às Comissões de Ética, respectivamente, do Hospital Litoral Alentejano e do Centro de Saúde de Odivelas. Os participantes que responderam ao questionário, cada um forneceu o seu consentimento informado antes de iniciar o estudo, depois de terem sido informados acerca: dos objectivos, do processo de colheita de dados, de forma, a assegurando a confidencialidade dos dados e garantindo o seu anonimato.

Os dados recolhidos foram inseridos em base de dados e foi avaliado no programa SPSS 18.0 para análise estatística. Na análise descritiva utilizaram-se medidas de tendência central, média, mediana e moda e parâmetros de dispersão desvio padrão e coeficiente de variação. A análise da normalidade da distribuição das variáveis foi realizada pelo teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. Na análise inferencial utilizaram-se os testes: correlação biviariada de Spearman e teste estatístico U de Mann-Whitney. Para avaliação da consistência interna dos instrumentos de medida foi utilizado o alfa Cronbach.

RESULTADOS: Análise de consistência interna: Para análise de consistência interna da escala utilizámos a amostra total de 103 sujeitos. Esta foi calculada através do coeficiente alfa Cronbach tendo-se obtido um resultado de 0,81 o que atesta uma boa confiabilidade.

Como podemos verificar os valores obtidos do coeficiente de alfa Cronbach são bons, no entanto, mais baixo que o apurado pela autora da escala que refere um valor de alfa Cronbach de 0,93. O valor obtido no segundo momento da aplicação do questionário (n=40), o coeficiente de alfa Cronbach foi de 0,84.

Quadro 1- Coeficiente de alfa Cronbach (n=103)

	itens	Alfa Cronbach	Alfa Cronbach da autora
FAMCARE	20	0,81	0,93

Análise de estabilidade temporal: Como podemos verificar os resultados obtidos nos dois momentos de análise correlacionam-se de forma positiva e estatisticamente significativa. Esta correlação não é, no entanto, forte, como podemos visualizar:

Quadro 2- Teste de correlação de Spearman entre o 1º e o 2º momento da aplicação do questionário

		FAMCARE (t ₁)	FAMCARE (t ₂)
FAMCARE (t ₁)	Coeficiente de Correlação	1,0	0,34*
	Sig.	.	0,03
	N	103	40
FAMCARE (t ₂)	Coeficiente de Correlação	0,34*	1,0
	Sig.	0,03	.
	N	40	40

Legenda:

*Correlação significativa a 0,05.

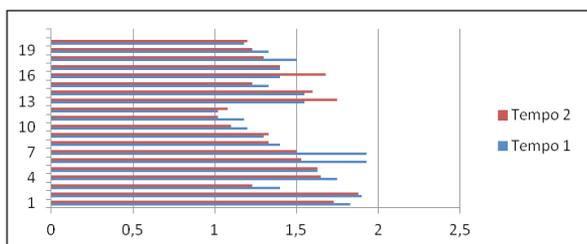
Através de teste emparelhado, verificou-se que a média no primeiro momento foi de 29,68 e que no segundo momento foi de 28,35 e que a diferença não é estatisticamente significativa (p= 0,25).

Quadro 3- Teste de emparelhamento (n=40)

		Média	Desvio padrão	Correlação	t	df	Sig.
Par	FAMCARE (t ₁)	29,68	5,71	0,24	1,17	39	0,25
	FAMCARE (t ₂)	28,35	5,89				

Para melhor compreensão e comparação dos dois momentos da aplicação da escala FAMCARE ilustramos a fig. 1.

Fig. 1- Valores de Satisfação dos Familiares nos tempos 1 e 2.



Podemos verificar que os itens 9 - Atenção do médico relativamente à descrição que o doente faz dos seus sintomas, 12 - Disponibilidade das enfermeiras para com a família, 13 - Articulação dos cuidados, 14 - Tempo necessário para realizar o diagnóstico, 16 - Informação facultada sobre a gestão da dor do doente e 20 - Disponibilidade do médico para com o doente obtiveram valores de satisfação mais baixo do que a 1ª aplicação do questionário. No entanto, quando comparados os dois momentos de avaliação da satisfação dos familiares, na globalidade, verifica-se que o segundo momento da aplicação do questionário é mais satisfatório do que o primeiro momento.

Estudo de descrição e análise da satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos

Descrição da amostra (n=103):

Para análise da satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos utilizámos a amostra total (n=103) por ser mais representativa do fenómeno que se pretende estudar. A amostra é constituída por 103 indivíduos 78 (75,7%) do Hospital Litoral Alentejano e 25 (24,3%) da Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Odivelas. Verifica-se que 78,6% é constituído pelo sexo feminino, sendo a média de idade de 58,39 anos. Quanto ao estado civil 82,5% são casados. Relativamente à escolaridade verifica-se que 61,2% do 1ºciclo. Como se pode observar 47,6% são trabalhadores não qualificados. Quanto ao grau de parentesco foi analisado pelo parentesco de proximidade, verifica-se que 51,5% é constituído pelo grupo 1 (marido/esposa), como se pode visualizar no seguinte quadro 4.

Quadro 4- Características gerais da amostra (n=103)

	Nº	%
SEXO		
Masculino	22	21,4
Feminino	81	78,6
IDADE		
24-40	12	11,7
41-60	40	38
61-80	44	42,7
81-90	6	5,8
PARENTESCO POR PROXIMIDADE		
1 (marido/esposa)	53	51,5
2 (filho/filha/irmã/mães/avó)	38	36,9
3 (neto/neta/cunhada/sobrinhas/hora)	8	7,8
4 (amigo/amiga/ex-esposa)	4	3,9
ESTADO CIVIL		
Casado	85	82,5
Divorciado	5	4,9
Viúvo	5	4,9
Solteiro	4	3,9
União de facto	4	3,9
ESCOLARIDADE		
1º Ciclo	63	61,2
2º Ciclo	13	12,6
3º Ciclo	11	10,7
Secundário	8	7,8
Bacharelato	1	1
Licenciatura	7	6,8
PROFISSÃO		
Especialistas das actividades intelectuais e científicas	5	4,9
Técnicos e profissões de nível intermédio	4	3,9
Pessoal administrativo	7	6,8
Trabalhadores dos serviços pessoais de protecção e segurança e vendedores	22	21,4
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura da pesca e da floresta	8	7,8
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	7	6,8
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	1
Trabalhadores não qualificados	49	47,6

Avaliação da Satisfação dos Familiares de doentes em cuidados paliativos:

A análise dos resultados obtidos através da aplicação do questionário FAMCARE mostram que os familiares inquiridos se encontram globalmente satisfeitos com os cuidados prestados aos seus doentes. De facto, obtivemos uma média de 30,84 e mediana de 28,50, o que coloca estes valores abaixo do valor médio possível para a escala, como pode ser observado no quadro 5:

Quadro 5- Avaliação geral da satisfação dos familiares (n=103)

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Percentil 25	Percentil 75
FAMCARE	30,84	28,50	7,28	25	36,0

Avaliação da Qualidade de Vida Geral

Os resultados obtidos pela aplicação da escala WHOQOL-Bref podem ser observados no quadro 7:

Como podemos verificar os resultados obtidos indicam uma percepção da qualidade de vida baixa, sendo o domínio melhor pontuado o das relações sociais com o valor de 54,85%. Por outro lado o domínio com pontuação mais baixa é o geral com o valor de 35,07%.

Quadro 7- Avaliação da qualidade de vida geral através da análise da escala WHOQOL-Bref (n=103)

Domínios	%	
	Média	Desvio Padrão
Geral	35,07	20,34
Físico	52,74	14,59
Psicológico	53,28	16,14
Relações Sociais	54,85	23,59
Ambiente	52,12	10,06

Avaliação da Depressão, Ansiedade e Stress

Os resultados obtidos pela aplicação da escala DASS-21 podem ser visualizados no seguinte quadro 8:

Como podemos analisar pelos resultados obtidos a subescala com maior score é a subescala stress com o valor de média 9,51. Por outro lado a subescala com baixo mais baixo score é a subescala ansiedade com o valor de média 7,23.

Quadro 8- Avaliação da depressão, ansiedade e stress através da análise da escala DASS-21 (n=103)

Subescalas	Média	Desvio padrão
Depressão	8,72	4,16
Ansiedade	7,23	4,27
Stress	9,51	3,79

Para calcularmos a severidade dos estados afectivo-emocionais utilizámos a fórmula sugerida pelos autores e o seu quadro de referenciação. Assim, no que diz respeito à sintomatologia depressiva verificámos que 35,3% dos familiares dos doentes em cuidados paliativos apresentam sintomatologia severa e extremamente severa.

No que diz respeito à ansiedade verificámos que 32% dos familiares inquiridos apresentam ansiedade extremamente severa.

E relativamente ao stress verificou-se que menos de metade da nossa amostra apresenta níveis satisfatórios de stress (48,6%) sendo que 17,5% dos familiares dos doentes em cuidados paliativos reportaram níveis severos e extremamente severos de stress.

Para melhor se compreender a satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos procedemos a uma análise exploratória da relação entre a variável satisfação dos familiares e as variáveis qualidade de vida e depressão, ansiedade e stress.

Relação entre a satisfação dos familiares e a sua qualidade de vida, nos diferentes domínios.

A análise efectuada mostrou que só é estatisticamente significativa para o domínio ambiente, com uma correlação negativa que se pode considerar como fraca, (quadro 9).

Quadro 9- Coeficiente de correlação de Spearman entre a escala FAMCARE e a escala WHOQOL-Bref. (n=103)

		Domínio ambiente
FAMCARE	Coeficiente de Correlação	-0,24*
	Sig.	0,02

Legenda: *Correlação significativa a 0,05.

Relação entre a satisfação dos familiares e a depressão, ansiedade e stress

Os resultados obtidos pela análise efectuada com teste de correlação Spearman revelaram que as variáveis depressão, ansiedade e stress não se encontravam relacionadas com a satisfação, como se pode verificar no quadro seguinte:

Quadro 10- Coeficiente de correlação de Spearman entre a escala FAMCARE e a escala DASS-21 (n=103)

		Depressão	Ansiedade	Stress
FAMCARE	Coeficiente de Correlação	0,01	-0,045	0,03
	Sig.	0,96	0,73	0,78

CONCLUSÃO: Os resultados, embora ainda não conclusivos, leva-nos a concluir que esta escala pode ser útil para medir o fenómeno estudados. Outros estudos devem ser realizados para esclarecer um eventual menor poder discriminativo da escala quanto à satisfação e ao seu carácter multifactorial.

Os resultados obtidos são um importante contributo para o conhecimento da satisfação, da qualidade de vida e da depressão, ansiedade e stress dos familiares dos doentes em cuidados paliativos possibilitando uma melhor avaliação, planeamento e implementação de cuidados pelos profissionais de saúde.

Tema: Luto

P 14

Apoio ao luto de familiares e profissionais em Cuidados Paliativos: retrato da realidade portuguesa

Autores: Pedro Frade; Alexandra Coelho; Amélia Matos, Ana Margarida de Sousa Correia, Mayra Armani Delalibera

Instituição: Unidade de Medicina Paliativa do Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: Ao longo da última década tem-se verificado uma grande evolução da realidade dos cuidados paliativos em Portugal com substancial aumento do número e qualidade dos profissionais. A existência de equipas multidisciplinares permite uma abordagem holística que, de acordo com as boas práticas em cuidados paliativos, se estende para além do processo de doença, abrangendo o luto de familiares e profissionais. **Objectivo:** O objectivo do estudo é inventariar recursos humanos, técnicos e formativos de apoio ao luto de familiares e profissionais em Cuidados Paliativos ao nível nacional.

Metodologia: Para este efeito foi criado um inquérito que incide sobre os seguintes aspectos: existência de acompanhamento e intervenção no luto a cuidadores e profissionais, modalidades e protocolo de intervenção, recursos humanos envolvidos e formação específica nesta área. A aplicação do instrumento foi realizada por via telefónica ou via e-mail entre Julho e Agosto do ano corrente. Foram contactadas 44 equipas de cuidados paliativos a nível nacional, cuja existência nos foi dada a conhecer através do site da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, pesquisa na internet e contactos institucionais. Do total de equipas contactadas, apenas 5 recusaram o preenchimento integral do questionário.

Resultados: Na maioria das aplicações, os inquiridos foram respondidos por psicólogos ou enfermeiros. Relativamente ao apoio prestado no luto a familiares, apenas 12% das equipas referiram não prestar este serviço; quando existente, é realizado maioritariamente por psicólogos, embora outros profissionais da equipa como enfermeiros e, em casos mais raros, assistentes sociais, também disponibilizem este suporte. Cerca de 60% dos psicólogos entrevistados não estão em regime de exclusividade na equipa de cuidados paliativos. Mais de metade das equipas presta apoio no luto a familiares há mais de dois anos, utilizando a modalidade de apoio individual e familiar; duas equipas aplicam também a metodologia de intervenção em grupo. O protocolo de referenciação para a consulta de luto abrange vários procedimentos: o envio de carta de luto (40%), telefonema (72%), procura espontânea (36%) e referenciação por profissionais de saúde (16%). A maioria das equipas realiza a avaliação dos factores de risco de luto através de uma entrevista informal; apenas uma minoria recorre a inventários de factores de risco baseados na literatura ou a instrumentos standardizados que avaliam ansiedade e depressão (HADS e BDI). A avaliação do luto complicado é igualmente informal, com excepção de 5 equipas que utilizam o Instrumento de Perturbação de Luto Prolongado (PG-13). A maioria dos profissionais tem formação em cuidados paliativos ou formação breve em luto; apenas 4 psicólogos estão presentemente a realizar formação especializada na área de intervenção no luto. Somente 36% das equipas dispõem de apoio no luto para os profissionais da equipa, que na sua maioria consiste em reuniões de partilha e expressão de sentimentos. Mais de metade das equipas demonstrou interesse em beneficiar de apoio estruturado dirigido ao luto dos profissionais.

Conclusão: Verificamos, com base nas informações recolhidas, que as equipas de cuidados paliativos a nível nacional contemplam o apoio no luto a familiares e profissionais. No entanto, o protocolo de intervenção é maioritariamente informal, pela ausência de instrumentos de avaliação e formação especializada no luto. Este estudo é um contributo para o reconhecimento de recursos existentes e necessidades específicas dos profissionais interessados nesta área, das quais derivam linhas orientadoras para o desenvolvimento de um procedimento mais rigoroso na avaliação e intervenção no luto.

Tema: Controlo e melhoria de qualidade dos cuidados

P 15

Gratidão dos familiares no luto: resultados positivos

Autores: Maria Aparicio (1), Maria Arantzamendi (2), António Barbosa (3), Carlos Centeno (4)

Instituições: Hospital da Luz, Unidade de Cuidados Paliativos, Lisboa, Portugal. Doutranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; Departamento de Medicina Paliativa y Control de síntomas, Clínica Universidad de Navarra e Instituto Cultural y Sociedad, Universidad de Navarra

Introdução: Em cuidados paliativos (CP) a gratidão dos doentes ou dos seus familiares constitui uma

realidade intangível e habitual que aparece associada ao processo de luto dos familiares que viveram com especial intensidade os CP. O primeiro trabalho sobre os documentos de gratidão em CP consistiu numa análise de conteúdo das cartas de agradecimento recebidas em duas unidades de CP após o falecimento do doente, e no qual concluíram que as cartas são uma fonte rica de informação em relação à experiência da família e em relação a contribuição que uma equipa de CP pode ter (1).

Em outros contextos, como nos English Care Homes estas têm sido utilizadas como fonte de evidência em inspecções técnicas (2), como amostra e reconhecimento do valor das cartas dos familiares.

Objectivos: Analisar os Documentos de Gratidão recebidos por uma equipa de CP de assistência domiciliária durante um período de 8 anos para responder à pergunta: qual

é o conteúdo dos documentos de gratidão enviados a uma equipa de CP de assistência domiciliar?

Material e Métodos: Havia um total de 78 documentos de gratidão, arquivados e classificados cronologicamente por anos. Um deles foi excluído por não ter sido escrito no período de luto. A análise de conteúdo realizou-se com base nas directrizes de Burnard (3) e os resultados foram do consenso de 3 investigadores.

Resultados: Da análise de conteúdo realizado e em resposta à pergunta de investigação de partida obtiveram-se 6 grandes categorias: Conteúdos da gratidão; Qualidades da gratidão; Avaliação positiva do processo de cuidados; Avaliação positiva dos resultados; Mensagens de apoio e Expressão de vivências. Destas categorias destacamos para este trabalho a de Avaliação positiva dos resultados, onde os familiares referem aspectos positivos concretos que experienciaram, apesar de se tratar de uma situação onde o resultado final foi o falecimento de um ser querido. Assim sendo, esta categoria inclui as seguintes subcategorias e exemplos:

SUB-CATEGORIA

Aprender a enfrentar (n=6): () tendo-me ensinado a encarar a doença e a morte de outra forma, (...) creiam-me imensamente grata" (62s)

Bem-estar (n=3): ... contribuíram durante estes anos para o bem estar da minha querida mãe (13f)

Sem dor (n=3): () vêm reconhecer o vosso valor de aliviar a dor e o sofrimento de doente em causa" (61q)

Aportação duradoura (n=3): Aquilo que aprendemos com todos vocês fica para sempre na nossa memória e no nosso coração (12g)

Alívio da espiritualidade (n=2): "... contribuíram, de forma decisiva, para atenuar as dificuldades físicas e emocionais pelas quais o meu marido (...) passou (66j)

Alívio do sofrimento (n=13): Conseguiram com a vossa competência, e espírito de solidariedade,

fazer-nos sentir menos sós, nos mais dolorosos momentos porque passámos, e, estou certa, diminuir o

sofrimento de meu pai" (39h)

Tranquilidade (n=2): "A serenidade que puderam dar aos nossos corações pela vossa atenção foi algo

maravilhoso" (33a1)

Acompanhamento (n=3): "...com a certeza de que tudo foi feito sem arrastar o penoso caudal de tanto sofrimento anterior" (51l)

Permanecer em casa (n=10): Só com a vossa ajuda foi possível manter nestes últimos meses, e o meu marido na sua casa, dar-lhe a melhor qualidade de vida possível, dar-lhe carinho, e minimizar o seu sofrimento, em todos os aspectos" (41,i,j,k).

Falecimento tranquilo (n=3): "... faleceu de uma forma muito tranquila, como de um sono muito profundo se tratasse" (78l)

Amor e carinho (n=2): "... (permitiram-me) dar o maior carinho a quem apenas isso restava" (51l)

Qualidade de vida (n=6): tem proporcionado uma melhor qualidade de vida, a possível que se pretende sem dor" (78x1)

Conclusões: Esta é uma das categorias que nos parece mais importante, pois reflecte vários dos objectivos principais dos CP (4) e que aqui podemos ver como atingidos, como por exemplo no caso da avaliação positiva em relação ao diminuir o sofrimento, fim de vida tranquilo, e também nas capacidades desenvolvidas pelos familiares para fazer frente a situações difíceis, nas quais ainda referem que se sentem apoiados por uma equipa de CP. É a categoria que enumera os resultados que se esperam obter com os cuidados prestados por este tipo de equipas, e que pode ser uma check list ou um guião para medir a eficácia dos mesmos.

A análise dos documentos de gratidão pode contribuir para controlar e melhorar a qualidade dos mesmos.

P 16

Análise descritiva das características bucais de idosos de um hospital de cuidados paliativos: relato de experiência e revisão de literatura

Autores: Monira Samaan Kallás, Ricardo Tavares de Carvalho, Paulo Sergio da Silva Santos, Henrique Afonseca Parson, Dalva Matsumoto Yukie, Marília Othero, Roberto Mendes Instituição: Hospital Premier

Introdução: Reconhece-se atualmente o expressivo aumento da população de idosos portadores de múltiplas comorbidades. Esta é uma população que requer cuidados permanentes nessa fase da vida na qual inclui-se a manutenção da saúde bucal. Diversos estudos científicos estabeleceram a correlação entre más condições bucais e agravamento de infeções sistémicas. O contrário também já foi bastante estudado: doenças sistémicas e seus tratamentos podem trazer problemas bucais. Além disso, muitas doenças tem como primeiro sinal alguma manifestação bucal, fato que ressalta a contribuição da odontologia na equipe multidisciplinar que cuida de pacientes sob cuidados paliativos. **Objetivos:** Descrever características bucais de pacientes idosos de um hospital de cuidados paliativos e revisão da literatura sobre o tema. **Material e Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, transversal, observacional. Para a coleta de dados da população do hospital o único critério de inclusão foi estar em faixa etária geriátrica, com 60 anos ou mais. Foram descritas as seguintes condições de saúde bucal dos pacientes: capacidade de realizar a própria higiene bucal, tipo de dieta e presença de saburra lingual, relação entre dieta via oral e capacidade mastigatória através da presença ou ausência de dentes e do uso e necessidade de próteses. A coleta foi realizada por um auxiliar de odontologia devidamente orientado. Para a revisão da literatura foram usados dados de presença de dentes em idosos no Brasil

e uso/necessidade de prótese do levantamento epidemiológico SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal, realizada pelo Ministério da Saúde. Para a descrição de experiências internacionais foi realizada uma busca no site PUBMED com as seguintes combinações de palavras-chave: oral care X elderly, palliative care X elderly, oral care X stroke, oral care X end-of-life, oral care X long-term acute facilities, oral care X nursing homes. **Resultados:** A análise foi feita em 50 pacientes. Destes, 37 eram do sexo feminino (74%) e 13 do sexo masculino (26%). A média etária foi de 80 anos de idade (desvio padrão \pm 9,4). As doenças de base de maior incidência foram as demências (42%), seguidas pelo acidente vascular encefálico (AVE) com 34%. A percentagem de pacientes totalmente dependentes para realização da própria higiene bucal foi de 96% (48 pacientes). Apenas 2 pacientes conseguiam escovar seus próprios dentes. No que diz respeito ao tipo de dieta, 28 pacientes apresentaram alimentação via gastrostomia (GTT), 19 via oral (VO) e 3 via sonda naso enteral (SNE). Dos 19 pacientes com dieta via oral 11 eram totalmente desdentados enquanto 8 dentados parcialmente, ou seja, todos necessitavam de próteses para se alimentarem com maior eficiência e apenas 2 as possuíam e faziam uso delas. A incidência de saburra lingual foi de 42% e da amostra que apresentava tal condição, 24% tinha dieta via GTT, 14% VO e 4% SNE. Na amostra que não apresentou saburra lingual, 32% tinha dieta GTT, 24% VO e 2% SNE. Os resultados da nossa instituição corroboram com os resultados do levantamento epidemiológico de saúde bucal brasileiro realizado em 2010. No Brasil, a perda dentária e a ausência de próteses com consequente perda da capacidade mastigatória são alguns fatores que caracterizam as condições bucais dessa faixa etária (SB Brasil 2010). Nossos idosos já perderam em média 25 dentes e desta parcela da população, 15% não têm próteses. Estudos realizados no Canadá, nos EUA, na China e na França mostraram que idosos institucionalizados têm suas condições mastigatórias ruins seja pela presença de dentes cariados ou doenças periodontais, quando não pela ausência completa de dentes ou pela presença de próteses mal adaptadas. No que diz respeito a incapacidade de realizar a própria higiene bucal os estudos descreveram que pacientes com doenças sistémicas com perda de capacidade motora são mais suscetíveis a doenças bucais precisando assim de uma rotina de cuidados com higiene que inclui a higiene bucal. No quesito higiene bucal três guidelines mostraram a importância de um programa de saúde bucal para pacientes em instituições de longa permanência. Mostraram os benefícios da manutenção da higiene oral para a saúde geral (prevenção de pneumonia), além do custo-efetividade de um programa preventivo versus um programa curativo. **Conclusões:** Os pacientes estudados, sob cuidados paliativos, apresentam problemas de saúde bucal semelhantes com a parcela sadia da população da mesma faixa etária. Perda dentária, presença de saburra lingual e ausência de próteses com consequente perda da capacidade mastigatória são alguns fatores que caracterizam as condições bucais dessa faixa etária. Porém, o avanço de suas doenças de base muitas vezes torna-os totalmente dependentes para realizar sua própria higiene bucal, necessitando de cuidados especiais para tal tarefa. Experiências de diferentes organizações que cuidam desses pacientes devem ser publicadas pois podem ser úteis na construção de uma rotina de atenção às condições bucais e ao estabelecimento de protocolos de higienização oral.

P 17

Necessidades das pessoas em Cuidados Paliativos; resultados sensíveis às intervenções de enfermagem. revisão sistemática da literatura.

Autores: Emilia Maria da Silva Fradique

Instituição: Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa

INTRODUÇÃO: Os cuidados paliativos introduziram valores relevantes em torno de uma atenção interdisciplinar integral baseada nas necessidades das pessoas, na tomada de decisão e no respeito à autonomia e dignidade, proporcionando a melhor qualidade de vida à pessoa com doença crónica, incurável e progressiva. O Modelo de cuidados paliativos tem como pilar básico, a visão global da pessoa e a procura do seu bem estar através do cuidado, identificando-se com o paradigma da enfermagem, aspecto esse que faz com que o enfermeiro trabalhe em um contexto muito perto da sua própria disciplina. O trabalho interdisciplinar em cuidados paliativos facilita a que o enfermeiro participe na tomada de decisões ativamente, intervenha em um diálogo interdisciplinar e facilite o processo assistencial. Segundo Collière: não são observáveis diretamente e muitas vezes nem tão pouco percebidos pelo próprio doente ou família e inclusive pelos outros profissionais da equipa. Esta dimensão invisível do cuidado configura a essência do acompanhamento, capacita o enfermeiro para apreciar a magnitude do sofrimento de cada indivíduo e proporciona informação de valor para oferecer serviços individualizados necessários para ajudar o doente e sua família a confrontar os problemas reais como potenciais. Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem desenvolvem-se na mesma estrutura de qualidade proposta por Donabedian, a qual está relacionada com variáveis do doente (idade, género, educação, tipo e adversidade da doença e comorbidades) e dos enfermeiros (nível de ensino, experiência, rácios, organização e carga de trabalho). Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem são os que decorrem de cuidados de enfermagem direcionados para as necessidades das pessoas ou grupo, nos seus determinantes da saúde, que têm por base fatores organizacionais, de experiência, e o nível de conhecimento elevado, com impacto direto no estado funcional, auto cuidado, controlo de sintomas, segurança/ocorrência adversas e satisfação do cliente. **OBJETIVO:** Identificar os indicadores de necessidades de intervenções de Enfermagem das pessoas em cuidados paliativos e respetivos resultados sensíveis. **MATERIAL E MÉTODOS:** Efetuada pesquisa no motor de busca EBSCO, e duas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE With Full Text. Foram procurados artigos em texto integral (Julho 2012) publicados entre ano de 01/01/2000 a 31/12/2012, em língua inglesa. Foi utilizado o método de PICO, selecionados 16 artigos do total de 219

artigos encontrados, sendo excluídos os que reportavam a área da pediatria. As palavras chave orientadoras utilizadas foram previamente validadas pelos descritores da United States of National Librery of National Institutes of Health; palliative care, terminal care, terminal patient, nursing intervention, nursing care, nursing practice outcomes, nursing outcomes e outcomes. De forma a delimitar um vasto campo de questões relacionadas com a temática relativa ao nossa temática e no sentido de responder ao objetivo delineado, elaborou-se a seguinte questão de partida; Quais as necessidades de intervenções de enfermagem (Intervention) das pessoas em cuidados paliativos (Population) e resultados sensíveis? (Outcome).

RESULTADOS: Mediante as variáveis de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Doran,2011), emergiu da revisão sistemática um grupo major de necessidades da pessoa em cuidados paliativos; Controlo Sintomático, Segurança, Apoio Psicológico, Utilização dos Serviços de Saúde e Qualidade de Vida. Estas variáveis foram analisadas sucintamente em detalhes específicos de necessidades da pessoa em cuidados paliativos e agrupadas em quadro conceptual do modelo de Diane Doran. As intervenções de Enfermagem, descritas na revisão, salientam alguns detalhes na área de cuidados paliativos como a utilização das tecnologias; telenursing, o trabalho partilhado entre enfermeira da prática clínica e enfermeira consultora entre outros.

CONCLUSÃO: Face ao exposto, o conhecimento sobre as necessidades das pessoas em cuidados paliativos, constitui um importante instrumento para suportar a tomada de decisão na prática de Enfermagem. Saberes aprofundados e atuais sobre as áreas nobres de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos, permitem otimizar a eficácia, eficiência do contributo da disciplina de Enfermagem, dando uma resposta de excelência àqueles que estão em sofrimento, no decurso de uma doença incurável e progressiva.

P 18

Qualidade de vida do doente oncológico em cuidados paliativos

Autores: RIBEIRO, Daniela; CRUZ, Inês; Magalhães, Bruno

Instituições: Instituto Português de Oncologia, Porto; Escola Superior de Enfermagem do Porto

Introdução: O propósito dos cuidados paliativos é proporcionar conforto e dignidade às pessoas com doença crónica, nomeadamente oncológica, oferendo-lhes a melhor qualidade de vida possível até à morte. Apesar de existirem vários estudos sobre qualidade de vida em doentes oncológicos, são muito raros os que abordam a vertente dos doentes paliativos. Investigar sobre a qualidade de vida poderá proporcionar uma compreensão mais clara do impacto que certos sintomas têm na vida destes doentes e assim melhorar a qualidade das intervenções dos enfermeiros nestes contextos. Assim, os objetivos do estudo foram: Avaliar a qualidade de vida do doente oncológico em fase avançada e incurável da doença; Identificar quais os sintomas que interferem mais na qualidade global de vida do doente oncológico paliativo. **Metodologia:** Estudo exploratório, correlacional inserido num paradigma quantitativo, desenvolvido numa Unidade de Cuidados Continuados. O tipo de amostragem utilizada foi não probabilístico, tratando-se de uma amostra de conveniência. A amostra foi constituída por 103 doentes, 53,4% do sexo feminino e 46,6% do sexo masculino. A média de idades é de 61,83 anos (SD=14,61), com um mínimo de 27 e o máximo 89 anos. Os diagnósticos mais prevalentes são neoplasia gastrointestinal (30,1%) e neoplasia do foro ginecológico (17,47%). O instrumento de colheita de dados utilizado foi o Questionário de Qualidade De Vida Para o Cancro da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORT-QLQ-C 30). Esta escala é constituída por 30 itens distribuídos por três sub-escalas: escalas de funcionalidade, escalas de sintomas físicos e escalas globais sobre o estado de saúde e qualidade de vida. **Resultados:** A avaliação da qualidade de vida global nestes doentes apresenta um score médio baixo (M=37,54 SD=12,12). Relativamente aos itens da sub-escala de sintomas, verificamos que os sintomas mais frequentes ou intensos são a fadiga (M= 68,72), a dor (M= 65,53), a perda de apetite (M=60,14) e as dificuldades financeiras (M=55,44). Os menos frequentes são a diarreia (M=9,06) e as náuseas e vômitos (M=28,9). Verificamos que existe uma correlação negativa moderada entre a qualidade de vida e os sintomas fadiga e insónia e uma correlação negativa fraca com dor, obstipação, dificuldades financeiras e dispneia. Relativamente à sintomatologia, os resultados apontam para que a fadiga é claramente o sintoma que mais interfere na qualidade de vida destes doentes, seguindo-se a dor e a perda de apetite. Os dados também sugerem que quanto maior a intensidade dos sintomas menor a qualidade de vida. **Discussão:** O controlo de sintomas é extremamente relevante para melhorar a qualidade de vida do doente em cuidados paliativos. Tal como noutros estudos realizados com doentes oncológicos a fadiga é o sintoma mais frequentemente relatado, seguindo-se a dor. Pensamos que a inexistência de terapêutica eficaz para o controlo da fadiga poderá explicar este resultado. Acreditamos que com a identificação da sintomatologia que altera a qualidade de vida do doente oncológico paliativo, associada a uma maior compreensão desta problemática, poderá assistir os enfermeiros no planeamento de intervenções mais adequadas que promovam a sua melhoria.

VISITA AOS POSTERS

12 e 13 OUTUBRO 2012

Os autores devem estar junto do Poster, nos horários indicados no Programa Científico.

Tema: Cuidados na agonia (fim de vida) e qualidade de morte

P 19

O rosto social da morte - As representações sociais da morte no doente paliativo

Autores: Susana Neves; Abílio Oliveira; Daniel Sampaio

Instituição: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal

Síntese literária: Os cuidados paliativos não só permitem o alívio da dor física, mas o apoio no confronto com os medos associados à morte e ao morrer. Este estudo revela que aos conhecimentos técnico-científicos que os cuidados paliativos se munem, devem introduzir como processo interventivo obrigatório e com grande foco, a reflexão da vida, da morte e preparação para o morrer. Deve ainda, ser uma medicina pedagógica, proporcionando a qualquer profissional de saúde a preparação para ajudar qualquer doente a compreender as suas próprias representações de morte e com essas, trabalhar a finitude com conforto. Mais ainda, que a vida biográfica e a vida em presença dos doentes, devem continuar a ser valorizadas e não aniquiladas por um prognóstico terminal.

Foi realizada uma pesquisa empírica, com uma população de 83 participantes - doentes com doenças crónicas, progressivas e terminais - de ambos os géneros e com idades entre 30 e 95 anos de idade, considerando dois grupos de contexto de cuidados: doentes com cuidados paliativos, em unidades de internamento de cuidados paliativos e doentes sem cuidados paliativos, nas suas casas, a receber serviço de apoio domiciliário. O principal objetivo deste estudo, foi analisar e compreender as ideias, pensamentos, imagens, emoções e sentimentos destes doentes sobre vida, morte e a sua própria morte. Os dados foram recolhidos através de um questionário individual, utilizando a técnica de associação livre de palavras. Os universos semânticos relacionados a cada conceito, foram identificados com base numa análise fatorial de correspondências.

As mulheres revelaram uma atitude mais simbólica e um envolvimento emocional com a sua família e o seu parceiro. Os homens revelaram uma grande ligação à vida, associando a doença à dependência, perda de trabalho, morte social. Os doentes entrevistados, claramente dizem que preferem morrer num contexto familiar, com suporte afetivo e sem sofrimento.

Especialmente, os doentes que têm cuidados paliativos questionam mais o sentido da morte e da vida - revelando-nos assim, uma forte vontade de viver, ressaltando a oportunidade de ao estarem neste contexto de cuidados, poderem falar mais sobre o seu sofrimento emocional, na proximidade da morte.

Este estudo dirige a nossa atenção para a necessidade de existir mais cuidados paliativos e unidades domiciliárias para apoio a doentes em casa, como uma forma de retardar ou impedir a institucionalização e, portanto, a morte no hospital.

Palavras-chave do estudo: cuidados paliativos, vida, morte, doente paliativo, representações sociais.

- Este estudo resulta de uma investigação de mestrado em Cuidados Paliativos: Susana Neves, O Rosto Social da Morte: As Representações Sociais da Morte no Doente Paliativo, Tese de Mestrado (Lisboa: Faculdade de Medicina, 2011).

Introdução: Os cuidados paliativos têm um papel essencial numa sociedade onde a longevidade se impõe e os sintomas de doença crónica são cada vez mais rapidamente identificados. Isto não se destina a lutar contra a morte - uma realidade que a sociedade tende a ignorar, silenciar ou proibir² - mas contribuir para a aceitação da morte e valorização da vida, desde que ao doente seja garantido até à sua morte, um melhor atendimento, conforto, dignidade e qualidade de vida.

Os cuidados paliativos promovem práticas médicas e de humanização adequadas, visando um bem-estar global (físico, emocional, psicossocial e espiritual) do doente, como uma pessoa que necessita de uma especial e diferenciada atenção.³ Ajudam a aliviar o medo, a dor, o sofrimento e a não reduzir a vida humana a um pedido de eutanásia.4 Isso não teria sentido⁵. 6 A morte é um fenómeno natural, com implicações sobre a pessoa, a família, os profissionais de saúde e a sociedade.

Para os doentes paliativos, o valor dos cuidados paliativos é imensurável, pois são os cuidados que melhor oferecem um bom controlo sintomático, monitorização, preparação para a morte, comunicação aberta, fortalecimento das relações interpessoais e apoio familiar, deixando aos doentes o sentimento de dever cumprido e paz interior.⁷

Sabendo que 90% das mortes ocorrem após doença crónica e avançada, que cuidados é que pretendemos oferecer? Atualmente mais de 70% das pessoas morrem longe da família, muitas vezes sozinhas num hospital ou numa instituição social. A morte deixou

de ter expressão familiar e social e a morte que ocorre no hospital, quase sempre é uma morte em solidão. A morte tornou-se anónima, escondida e pervertida da sua condição de existência, isto é, da vida. Em grande medida, o tabu ou negação da morte vem da nossa expectativa de vida longa, a ilusão de que a ciência tem sempre algum tratamento ou cura, e uma visão hedonista e materialista da vida, centrada no prazer, na aparência, consumo, status e posse.⁸ Podemos, a qualquer momento perguntar se vale a pena viver, se com a morte tudo acaba, ou qual é o sentido da vida.⁹ A verdade é que não podemos compreender o significado da morte sem questionar o sentido da vida.

Quais são as representações sociais da morte, dos doentes paliativos? Esta é a questão central deste estudo, enquadrado pela teoria das representações sociais.¹⁰ O principal objetivo foi analisar e compreender as ideias, pensamentos, imagens, emoções e sentimentos destes doentes sobre vida, a morte e a sua própria morte.

O modelo das representações sociais permite-nos familiarizar com algo que no início é estranho para nós¹¹ - como a morte e até mesmo a vida -, através de processos de objetivação e ancoragem. As representações sociais nascentes neste estudo, objetivam abalar o tabu e o silêncio que rodeia o término da vida e servir de diagnóstico, suscitando uma ação-intervenção relativamente à morte, ao doente paliativo, à família, aos próprios cuidados paliativos e a toda a sociedade.

Objetivos: Procurou-se: identificar e relacionar as representações da vida e da morte, entre os doentes de ambos os sexos, com ou sem cuidados paliativos; verificar se as representações encontradas variam de acordo com o género e o contexto dos cuidados (doentes internados em unidades de cuidados paliativos e doentes em casa, a receber apoio domiciliário, sem cuidados paliativos).

Método: O presente estudo foi desenvolvido com uma população de 83 participantes com doença crónica, de ambos os géneros - 58% mulheres e 42% homens -, com idades compreendidas entre 30 e 95 anos, considerando-se dois tipos de contexto de cuidados: doentes com cuidados paliativos, em unidades de internamento (ou em contexto) de cuidados paliativos e doentes sem cuidados paliativos, em contexto domiciliário e a receberem apoio domiciliário. O género e o contexto dos cuidados foram as principais variáveis independentes.

Todos os doentes 12, foram informados sobre os objetivos gerais da pesquisa e concordaram participar livremente, na mesma. Contou-se igualmente com o consentimento das comissões de ética dos hospitais em estudo e das instituições particulares de solidariedade social IPSS, com apoio domiciliário integrado.

Foi desenvolvido um questionário com quatro perguntas abertas: Vida faz-me pensar em ; Vida faz-me sentir ; Morte faz-me pensar em ; Morte faz-me sentir . Para cada uma das respostas obtidas, procedeu-se à redução de todas as palavras que lhe foram associadas, sem se fazer qualquer análise de conteúdo às palavras encontradas, apenas se optou por colocar os adjetivos e os substantivos no masculino e no singular e os verbos no infinitivo, com base exclusivamente, no critério da raiz etimológica. Para identificar os universos semânticos associados aos conceitos de morte e vida, efetuaram-se análises fatoriais de correspondências 13, para cada um dos estímulos, sobre as palavras ou produções em texto livre (consideradas como variáveis qualitativas) e para cada estímulo cruzado com as variáveis independentes consideradas (género e contexto de cuidados), interpretaram-se as dimensões ou fatores obtidos, de acordo com as suas propriedades em termos estruturantes, significantes e de conteúdo (consistindo estes, nas variáveis dependentes representações sociais).

Resultados: Quando pedimos aos participantes para se expressar sobre o que eles pensam sobre a vida, acima de tudo, eles pensam sobre as suas doenças. A vida não é sinónimo de bem-estar, devido à presença de uma doença incurável, tendo que viver o momento presente, com o peso de um passado, dificuldades e sofrimento. O estar doente, faz pensar na necessidade de se ter alguém para prestar cuidados, o companheiro ou outro cuidador familiar.

Vida, levanta reflexões sobre a forma como se tem vivido, sobre o companheiro e a família, com quem foram partilhados tantos momentos bons. A vida, incita uma pessoa a tornar-se pensativo sobre o parceiro, a necessidade de dele depender ou do mesmo não poder vir a receber cuidados, por causa do seu igual envelhecimento, o ficar doente ou morrer primeiro (morte do outro); a perda de trabalho e o dar trabalho à família; a tristeza pelo futuro ser a institucionalização e a perda da própria casa.

O sentido da vida é questionada em face da dependência de receber assistência, que pode estar fora do alcance da família ou pode trazer desconforto e exaustão para a mesma.

A morte é projetada em vida, como um futuro próximo, refletindo-a através da morte do outro.

Para a vida em presença, mesmo com a doença, espera-se um presente com momentos bons, sem sofrimento.

Para os doentes a vida é estar-se bem, ficar em casa junto da família, não fazendo sentido e sendo até considerado um dos momentos maus, a institucionalização - entidade de saúde e/ou social (Tabela 1). Os homens fazem uma ligação próxima entre doença e perda de trabalho, resultando num sentimento de morte prematura (ou a morte social), pela desintegração, exclusão laboral e social - vindo-se como desempregados e sem rumo fazendo-os questionar mais a vida (e o seu sentido).

As mulheres revelam um maior envolvimento emocional, centrada na tristeza, solidão ou abandono, que se revelam face ao pensarem num afastamento ou incapacidade familiar, resultando na eventual saída da sua própria casa.

Os doentes em contexto domiciliário, sem cuidados paliativos, diante da dependência,

centralizam-se no futuro esperado, que creem resumir-se à institucionalização. Os doentes com cuidados paliativos, admitem o sofrimento como algo inerente à doença e à condição de se estar doente e referem que o mesmo é trabalho e apaziguado. Questionam e inquietam-se mais a refletir nas suas próprias vidas, valorizando a vida e o viver, bem como o trabalho dos profissionais dos cuidados paliativos, relativamente ao «cuidar».

Tabela 1: Principais respostas para as questões de 'A vida faz-me pensar em ...' e 'A vida faz-me sentir ...', por ordem de frequência (resultados resumidos)

Vida - Palavras associadas aos pensamentos	Vida - Palavras associadas aos sentimentos
Doença	Doença
Vida	Passado
Presente	Tristeza
Passado	Dependência
Sofrimento	Trabalho
Companheiro	Vida
Momentosmaus	Presente
Pensativo	Momentosbons
Cuidados	Sofrimento
Doente	Cuidados
Trabalho	Companheiro
Velhice	Sem sentido
Tristeza	Institucionalização
Institucionalização	Momentosmaus
Casaprópria	Bem
Família	
Momentos bons	
Solidão	Casaprópria
Deus	Família
Futuro	
Dependente	
Morte do outro	

"Morte faz-me pensar em ... ' / Morte faz-me sentir ..."

Os resultados derivados dos pensamentos e sentimentos sobre a morte são muito semelhantes, considerando a morte como inevitável e inelutável gerando medo pela incerteza da própria data da morte. Há uma ligação ao divino revelando a esperança noutra forma de vida para além da morte (eternidade) -, na salvação, gerando assim uma consciência de morte com menos sofrimento (cf. Tabela 2).

Os doentes refletem sobre a doença e a vida, admitindo que não há saída para outra situação, que não seja a sua própria morte - admissão da mortalidade. No entanto ao temer a morte, temem o sofrimento que se associa ao processo da sua morte, ao sofrimento que muitas vezes já assistiram na morte do outro e/ou o sofrimento dos que ficam a assistir à sua própria morte.

O acreditar que após a morte possa existir um destino (reforço à eternidade), gera nos doentes uma diminuição do medo e um serenar da dor.

As mulheres refletem e questionam a morte de múltiplas formas e sentem medo pela sua proximidade e impossibilidade de fuga. Os homens pensam e focam-se mais na sua morte e é isso que lhes confere uma vontade de continuar a viver.

No contexto de cuidados paliativos, os participantes olham para a morte de uma forma mais aberta, como um momento de passagem ou um reflexo da vida. Rejeitam a morte escondida, interdita e não referem medo, salientando o acompanhamento e a humanização da morte por terem cuidados paliativos. Os participantes sem cuidados paliativos têm vontade de morrer, representando a morte como o fim do sofrimento, ancorando-a a Deus - meio de alcance da salvação - e na eternidade.

Tabela 2: Principais respostas para as perguntas "Morte faz-me pensar em ..." e "Morte me faz sentir ...", por ordem de frequência (resultados resumidos)

Morte - Palavras associadas aos pensamentos	Morte - Palavras associadas aos sentimentos
Fim	Sofrimento
Vou morrer	Fim
Morte	Deus
Deus	You morrer
Inevitável	Medo
Sofrimento	Inevitável
Vida	Eternidade
Doença	Vida
Sem saída	Morte outro
Salvação	Morte
Apto	Sem medo
Eternidade	Sem sofrimento
Sem sofrimento...	Destino...

Conclusões: As representações encontradas nesta investigação, revelam-nos diferentes atitudes sobre a morte: a morte íntima (vivenciada com grande proximidade física e emocional, envolvendo-se numa reflexão de questões íntimas, que exige que se compreenda o sofrimento existencial e espiritual em presença); a morte axiológica (onde o ser humano ao ser confrontado com a sua finitude, questiona a sua história de vida, os seus valores e a sua individualidade, recendo o esquecimento dos mesmos depois da sua morte)¹⁴; a morte simbólica (reconfigurando-se na mortalidade humana como o fim de tudo - sendo inelutável e sem saída - e na imortalidade humana, que conduz a Deus, ao encontro da eternidade - simbolizando a continuidade da vida); a morte do outro (relacionada com pensamentos/sentimentos evocados pela perda de ente queridos ou, associados a uma preocupação pelos que ficam e que assistem à morte, dando-nos ainda dimensões que reforçam a morte como a interrupção de um ciclo de vida - individual e familiar -, como uma etapa inerente à vida, que quebra as relações familiares)¹⁵; a morte acompanhada (a morte acompanhada, como aquela que enaltece o desejo de receber apoio espiritual, disponibilidade familiar, recepção de cuidados com qualidade, respeito pelo «eu» e conservação da dignidade social); a morte social (como aquela que emerge diante da dependência que gera a inatividade, a exclusão, a institucionalização, o afastamento ou corte na rede de relações familiares, de amizade e laborais, da perda do papel social em determinadas tomadas de decisão, da negação ou redução da vida em presença).

Independentemente do contexto de cuidados, os doentes realçam uma preferência pela morte em casa e em família, considerando esta como uma «boa morte».¹⁶ Os doentes solicitam que a sua morte não seja privada, escondida, clandestina, cercada de tecnologias e de invasões terapêuticas, geradora de medo e de uma agonia solitária, sem acompanhamento adequado, carinho e cuidados familiares. Os doentes fazem um apelo à vida, porque querem refletir o seu sentido e o conhecimento do seu futuro.

Independentemente do contexto de cuidados, os doentes solicitam a existência de mais equipas de cuidados paliativos com intervenção comunitária, designadamente equipas de assistência domiciliária para controlar os sintomas geradores de sofrimento, retardar ou evitar a institucionalização e a morte no hospital.¹⁷

Em nenhum dos testemunhos, os doentes paliativos realçaram o desejo da eutanásia, apenas uma solicitude a um apoio mais próximo e adequado a si próprio e à família que cuida. Por sua vez, os doentes - independentemente da consciência da doença e da proximidade da sua finitude - ainda querem sentir que são úteis. As mulheres revelam um maior envolvimento emocional com a morte, com referência à família e ao companheiro. Os sentimentos expressos pelas mulheres são heterogéneos: a solidão (pelo afastamento, desinteresse e incapacidade dos cuidados familiares), a tristeza (por dependência e ter que sair de casa) e o medo (incerteza face ao futuro e a institucionalização). Os homens são os que mais pensam e sentem a sua própria morte, revelando uma forte ancoragem à vida (vontade de viver e questionamento do sentido da vida). Os homens revelam a existência prévia de uma morte social, quando a doença torna-os dependentes de outros e incapazes de trabalhar.

Os doentes em contexto de cuidados paliativos, não associam o sofrimento a um descontrolo de sintomas físicos, mas a um sofrimento existencial e espiritual, correlacionado com a proximidade e vivência emocional com a morte, solicitando um maior acompanhamento espiritual, uma reflexão da sua morte e do sentido desta, diante da vida vivida e da vida em presença. Em contexto de cuidados paliativos, os doentes conferem grande importância ao valor da comunicação e apoio à família.

Todos os doentes paliativos incitam-nos a pensar sobre a forma como o momento da morte pode ser preparado e que a vida é sempre valiosa. Assim, podemos igualmente compreender melhor a maneira como vivemos.¹⁸

Os testemunhos dos doentes que participaram neste estudo, deixam-nos a certeza de que compreender o modo como a morte é representada, constitui uma emergência da própria ciência, para que se devolva a dignidade à vida (e à morte), em todos os momentos que aqui passamos, em especial quando uma vida humana se aproxima do seu final.¹⁹

Notas 1 Este estudo resulta de uma investigação de mestrado em Cuidados Paliativos: Susana Neves, O Rosto Social da Morte: As Representações Sociais da Morte no Doente Paliativo, Tese de Mestrado (Lisboa: Faculdade de Medicina, 2011). 2 Philippe Ariès, História da morte no ocidente (Lisboa: Teorema, 1989); Elizabeth Kübler-Ross, On Death & Dying (New York: Simon & Schuster, 1969); Marie Hennezel, Nós Não Nos Despedimos (Lisboa: Editorial Notícias, 2001); Abílio Oliveira, O Desafio da Morte (Lisboa: Ancora editora, 2008). 3 António Barbosa and Isabel Neto, Manual de Cuidados Paliativos (Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, 2006); Derek Doyle, Geoffrey Hanks, Nathan Cherny and Kennel Calman, Oxford Textbook of Palliative Medicine (Oxford: Oxford University Press, 2005); Robert Twycross, Introducing Palliative Care (Abingdon, Oxfordshire: Radcliffe Medical Press, 4th ed., 2003). 4 António Barbosa, 'Pensar a morte nos cuidados de saúde', Análise Social, vol. XXXVIII, 166 (2003): 39-44; Marie Hennezel, Diálogo com a Morte (Lisboa: Notícias, 3rd ed., 1999); Marie Hennezel and Jean-Yves Leloup, A Arte de Morrer (Lisboa: Notícias, 2nd ed., 2000). 5 Existem outras causas que podem gerar, tanto ou mais sofrimento do que a morte física, como a solidão, o abandono e a dependência física. 6 Robert Kastenbaum, Death, society and human experience (Boston: Allyn & Bacon, 7th ed., 2001); Louis-Vincent Thomas, Mort et pouvoir (Paris: PBP, 1978). 7 Harvey Chochinov, 'Dignity - Conserving Care - A New Model for Palliative Care', JAMA, 287 (17) (2002): 2253-2260; Robert Twycross, Introducing Palliative Care; Susana Pacheco, Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspetiva Ética (Louses: Lusociência, 2nd ed., 200). 8 Abílio Oliveira, Ilusões na Idade das Emoções - Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência (Lisboa: F.C.T./Fundação Calouste Gulbenkian, 2008); Abílio Oliveira, O Desafio da Vida (Lisboa: Coisas de Ler, 2011); Robert Kastenbaum, Death, society and human experience. 9 José Oliveira, Viver a morte - Abordagem Antropológica e Psicológica (Coimbra: Livraria Almedina, 1998); Mary Bradbury, Representations of Death. (London and New York: Routledge, 1999). 10 Serge Moscovici, La psychanalyse, son image et son public (Paris: PUF, 1961). 11 Serge Moscovici, 'On social representations.' In Social Cognition-perspectives on everyday understanding, edited by Joseph Forgas (London: Academic Press, 1981), 181-210; Serge Moscovici, Representações sociais, investigações em psicologia social (Petrópolis: Editora Vozes, 2003). 12 Critérios de inclusão: dependência física total; em internamento e/ou domicílio Unidade de Cuidados Paliativos / Lar / Apoio Domiciliário; consentimento livre e informado por parte do participante; com e sem apoio de cuidados paliativos; consentimento do conselho ético das unidades de cuidados paliativos; consentimento da comissão diretiva das I.P.S.S.; conhecimento ou não do diagnóstico e evolução clínica da doença por parte do participante; doentes oncológicos e não oncológicos; com ou sem existência e suporte de rede familiar. Critérios de exclusão: os que se encontravam em situação de incapacidade de comunicar (afasia) ou com alterações neuropsicológicas - estados de ansiedade e depressão não controlada/delirium. 13 Através do programa estatístico SPAD-T. 14 Edgar Morin, O Homem e a morte (Lisboa: Publ. Europa-América, 1988); Oliveira, J. (1998). Viver a morte - Abordagem Antropológica e Psicológica. Coimbra: Livraria Almedina. 15 Guy Austalos, A competência das famílias - Tempo, Caos, Processo (Lisboa: Climeps Editores, 1996). 16 Philippe Ariès, História da morte no ocidente. 17 Derek Doyle and David Jeffrey, Palliative care in the home (New York: Oxford University Press, 2000); Jonathan Koffman and Irene Higginson, 'Dying to be home? Preferred Location of Death of First-Generation Black Caribbean and Native-Born White Patients in the United Kingdom'. Journal of Palliative Medicine, 7 (5)

P 20 (Abstract retirado pelos autores)

P 21

Perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes oncológicos atendidos em serviço de emergência de um hospital de ensino: um olhar sobre a cobertura da oferta de cuidados paliativos e assistência domiciliar

Autores: Judith Correa Rego; Milena Candido Pantaleão; Viviane Gomes Carneiro Leão; Jurema Telles de Oliveira Lima; Maria Júlia Gonçalves de Mello; Nancy de Barros Correia; Bruno Miranda; Mirella Rebelo

Instituição: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP

Introdução: No Brasil, o tema de cuidados paliativos torna-se cada vez mais importante devido a transição epidemiológica desenhada nos últimos anos, caracterizada por um lado pelo envelhecimento populacional e conseqüente aumento do número de doenças crônicas degenerativas, dentre essas as neoplasias e pelo outro pela necessidade de reestruturação de todo o sistema de saúde, inclusive na formação de recursos humanos, para esta nova realidade. Conhecer a linha de atendimento emergencial é um ponto essencial para estruturação desta linha do cuidado. Objetivo: Descrever e analisar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes oncológicos atendidos no Serviço de Emergência (SPA), observando a oferta de cuidados paliativos (CP) e assistência domiciliar (AD). Método: Realizou-se estudo descritivo, transversal de pacientes adultos oncológicos atendidos no SPA com tempo de permanência neste setor superior a duas horas, no período de setembro de 2011 a Dezembro de 2011.

Resultados: Participaram 191 pacientes, 64,40% mulheres e 35,60% homens entre 19 e 91 anos, média 56,97 anos, sendo 47,64% idosos. 75,39% eram procedentes do Recife ou Região Metropolitana. Os cânceres mais prevalentes foram: colo de útero (18,32%), mama (13,61%) e próstata (10,47%). Dor foi a causa mais prevalente de admissão (31%). 70,68 % apresentam doença em estadiamento avançado II e III (47,12% estágio IV). 39,39% dos pacientes não se encontravam sob terapia oncológica específica. Apenas 4,19% encontravam-se vinculados aos serviços de CP e 2,09% de AD. Conclusões: Níveis de cobertura inapientes de CP e de AD foram observados nesta população. Estes serviços precisam ser ampliados e integrados precocemente à terapia oncológica para alívio do sofrimento do paciente e familiares. A ação paliativa deve fazer parte das competências necessárias para os oncologistas e profissionais dos serviços de emergência. Palavras-chaves: cuidados paliativos, câncer, serviço de atenção domiciliar, dor, emergência.

P 22

Relação farmacêutico-enfermeiro em cuidados paliativos na dor oncológica

Autores: Larissa Cássia Gruchowski Veríssimo; Lúcia Aparecida Barion; Laís Domingues dos Santos; Mari Elen Ferreira; Natália Sanches Xavier

Instituição: Hospital do Câncer De Maringá

Cuidados paliativos englobam cuidados a pacientes com doenças que não respondem ao tratamento curativo, dentre eles, estão cuidados psicossociais, espirituais e controle da dor. A dor é um dos sinais e sintomas mais relatados em pacientes oncológicos, por isso o controle da dor é considerado indicador de qualidade de vida e de assistência, sendo assim, a parceria farmacêutico-enfermeiro mostra-se funcional dentro do contexto da promoção da saúde. A avaliação farmacológica, juntamente com a atenção farmacêutica e a assistência de enfermagem em pacientes oncológicos proporcionam ao paciente uma vida confortável e digna através de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, garantindo ao paciente sobrevida sem dor. Este estudo visa à interação entre farmacêuticos e enfermeiros a fim de contribuir na utilização racional dos medicamentos analgésicos evitando complicações como depressão respiratória e a dependência química e física, através da avaliação da enfermagem na mensuração da dor e nos cuidados paliativos, na análise da prescrição dos medicamentos e no acompanhamento da evolução da dor oncológica, auxiliando o médico a prestar um cuidado holístico ao paciente.

Tema: Instrumentos de avaliação e de medida

P 23

Análisis de las actitudes de los profesionales sanitarios ante la muerte

Autores: María Auxiliadora Fernández López; Aurora Morilla Alfaro; Rafael Cía Ramos; Luis Felipe Calle Cruz; Lourdes Vaquero Villar; Amalia Sanchez Jimenez; Carmen Aguilera Gonzalez; Francisco Javier Galindo Ocaña

Instituições: Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción: La muerte es un fenómeno natural, inevitable, que nos afectará, más pronto o más tarde, a todos los seres humanos. Son múltiples las dificultades que tenemos los profesionales para afrontar el proceso de morir, sobretudo en un contexto cultural en

el que la muerte es un tabú, y lo que vende es la tecnología y la medicina curativa. La actitud y la formación de los profesionales ante el final de la vida son vitales para el manejo adecuado de los pacientes, y en gran medida condiciona la respuesta de los mismos. Por tanto, es conveniente realizar estudios dirigidos a explorar el afrontamiento de la muerte de los profesionales sanitarios y las diferentes variables que influyen en el mismo para poder detectar las necesidades de formación y así llevar a cabo una atención integral al paciente y su familia en esta fase del final de la vida.

Objetivos: Analizar grado de afrontamiento de la muerte de los profesionales sanitarios mediante la escala de Bugen y determinar si existen diferencias en el grado de afrontamiento en función de determinadas variables analizadas.

Material y Método: estudio observacional de tipo encuesta de tipo encuesta sociodemográfica a una muestra aleatoria de 112 profesionales sanitarios de diferentes niveles asistenciales y se le pasa la escala Bugen de afrontamiento de la muerte compuesta por 30 preguntas que establece tres categorías de afrontamiento. Se analiza edad, sexo, estado civil, profesión, lugar de trabajo, tiempo de ejercicio profesional, experiencia personal de enfermedad grave y/o con pacientes moribundos, creencias religiosas. Se establece un análisis inferencial midiendo dichas variables. Se utiliza la prueba CHI-CUADRADO y FISHER (alfa: 5% o 0,05).

Análisis estadístico: SPSS para Windows
Resultados: Participaron 112 profesionales sanitarios siendo excluidos 16 por no completar adecuadamente la encuesta. Resultados obtenidos: varón: 45 (45,9%) hembras: 54 (54,1%); intervalos de edad < 30 años: 34 (34,37%) entre 30 y 50 años: 30 (30,6%) > 50 años 33 (33,7%); profesión: 64 (65,3%) médicos y 34 enfermeras (34,7%); lugar de atención: atención primaria 55 (55,6%) atención hospitalaria: 30 (30,6%) equipos de hospitalización: 7 (7,1%) residencias 6 (6,1%); tiempo de ejercicio profesional < 5 años 31 (31,6%) 5-10 años 11 (11,2%) 10-20 años 17 (17,3%) > 20 años 39 (39,8%); experiencia personal con enfermedad grave 45 (45,9%) o enfermedad grave personal 14 (14,3%) cambio de actitud ante la muerte 50 (51%) experiencia con pacientes moribundos 25 (25,5%) dicha experiencia genera impotencia 13 (13,3%) indiferencia 59 (60,2%) enriquecedora 35 (35,5%) angustia 4 (4,1%) no desea recordar 94 (94,9%); la variable de creencias religiosas presenta, 28 (28,6%) de ateos ó agnósticos y 69 (70,4%) creyentes, siendo 48 (49%) de ellos, creyentes no practicantes; en cuanto a los pertenecientes a una comunidad religiosa 15 (15,3%). En los profesionales encuestados, el 43,87% tenían un moderado grado de afrontamiento frente a un 34,69% que tuvieron un bajo grado y el 21,42% un buen afrontamiento. El mal grado afrontamiento fueron mayores en los profesionales de Atención Hospitalaria que Primaria siendo estadísticamente significativos.

Conclusiones: 1. En este estudio no se ha detectado una relación estadísticamente significativa del afrontamiento de la muerte de los profesionales respecto a la edad, sexo, profesión, experiencia personal/profesional, tiempo de ejercicio profesional y creencias religiosas. 2. Si se detectó una relación estadísticamente significativa entre el grado de afrontamiento de la muerte y el nivel de preparación asistencial y emocional de los profesionales sanitarios así como del lugar donde desarrollan su trabajo (A. Primaria- A. Hospitalaria). 3. De todo ello, se puede deducir la importancia que tiene la formación de los profesionales sanitarios en Cuidados Paliativos para un adecuado abordaje en el final de la vida. 4. No obstante, es preciso ampliar la muestra del estudio a un mayor nº de profesionales incluyendo a los equipos /Unidades de CP y Residencias asistidas para poder extraer conclusiones más válidas.

P 24

Construção da Escala de Capacidade para Cuidar em Paliativos (ECCP): processo de validação inicial

Autores: (1)Carla Reigada, (2)José Luís Pais-Ribeiro, (3)José Luis Pereira, (4)Ana Novelas & (5)Edna Gonçalves

Instituições: (1)Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal; Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal; (2)Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal; (3)Universidade de Ottawa, Canada; Bruyère Continuing Care, Ottawa, Canada; (4)Universidade de Barcelona; Instituto Catalã de Oncologia, Barcelona, Espanha; (5)Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Introdução: A incapacidade dos familiares cuidadores para lidar com as dimensões ligadas ao cuidado, é uma das grandes razões que inviabiliza manter o doente em casa mesmo que seja esta a vontade de ambos (Emanuel, Bennett & Richardson, 2007). Em cuidados paliativos (CP) muitos instrumentos têm sido desenvolvidos em torno do familiar cuidador mas no meio de tantos instrumentos relativos à família, verifica-se a falta de instrumentos de avaliação sobre o bem-estar e o sofrimento, e isso é algo que passa muito para além da quantificação (Hudson, Trauer, Graham, Grande, Ewing, Payne, Stajduhar, & Thomas, 2010).

O objectivo deste estudo é criar e validar a Escala de Capacidade para Cuidar em Paliativos (ECCP) que pretende detectar a(s) incapacidade(s) chave da família, que detectadas precocemente podem ser trabalhadas por equipas interdisciplinares, em prol do bem-estar deste grupo cuidador. Método: Trata-se de um estudo descritivo de natureza metodológica mista que descreve o processo de construção e validação inicial de uma escala com recurso à técnica Content Validity Index (CVI) e ao Cognitive Debriefing (CD). O pré-teste foi apresentado, debatido e medido (de 1 a 5) por 10 profissionais peritos na área dos cuidados paliativos; cada item foi avaliado quando à sua clareza e objectividade em dois momentos diferentes (1ª e 2ª fase). Para avaliar a concordância foram considerados os itens que obtiveram I-CVI $\geq 80\%$ com valores ≥ 4 (muito/bastante claros e muito/bastante objectivos).

Resultados: Dos 58 itens criados 39 (67%) sofreram alterações de sintaxe da 1ª para a 2ª fase o que permitiu que 27 itens (69%) melhorassem quanto à sua clareza e objectivi-

dade. O pré-teste (N=58 itens) atingiu uma concordância de variáveis em 47 itens (I-CVI $\geq 80\%$), salvaguardando que nenhum dos itens obteve um valor <3 .

Conclusão: Os resultados deste estudo demonstram que a escala usada no pré-teste é consistente e susceptível de ser aplicado ao seu público alvo. Este será o seguinte passo no processo de validação da ECCP. Conclui-se também que o uso da metodologia mista veio trazer uma visão mais abrangente e permitiu um desenvolvimento positivo durante a investigação, pois por um lado permitiu detectar quais os itens que teriam de ser melhorados (quantitativo) e por outro como poderiam ser melhorados (qualitativo). Palavras-chave: Construção de uma escala; Cuidados Paliativos; Capacidades Familiares; Validação. Estudo patrocinado pela Bolsa de Investigação Isabel Levy da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

P 25

Nível de consciência avaliado pela Escala de Consciência para Cuidados Paliativos como factor de prognóstico

Autores: Ferraz Gonçalves, Andreia Rodrigues, Cátia Pinto, Natacha Rodrigues
Instituições: Unidade de Cuidados Paliativos - IPOFG, Porto

Introdução: Foi publicada recentemente a validação de uma escala de consciência para cuidados paliativos. Procuramos saber se os vários níveis de consciência dessa escala têm valor prognóstico.

Métodos: Para isso foram colhidos os dados registados nos processos clínicos da unidade, onde se regista o nível de consciência pelo menos uma vez por semana e analisámo-los nos doentes acamados, visto que os doentes que têm capacidade de deambular, a probabilidade de terem um nível de consciência normal é grande. Usou-se o método de Kaplan-Meier para determinar as curvas de sobrevivência e o teste de log-rank (Mantel-Cox) para comparar a sobrevivência.

Escala de consciência para cuidados paliativos

Nível: 1 - Acordado(a); 2 - Acorda quando chamado(a) pelo seu nome e permanece acordado durante a conversa; 3 - Acorda quando chamado(a) pelo seu nome mas adormece durante a conversa; 4 - Reage com movimentos ou abrindo brevemente os olhos, mas sem contacto visual, quando chamado(a) pelo seu nome; 5 - Reage ao pinçar firme do trapézio entre o indicador e o polegar; 6 - Não reage

Resultados: Fizeram-se 1001 avaliações em 391 doentes. Foram incluídos apenas doentes oncológicos e excluíram-se doentes com sondas ou gastrostomias para alimentação, por poder afectar a sobrevivência independentemente do estado de consciência, e as observações que se seguiram ao uso esporádico de um sedativo. Estes doentes tinham idades compreendidas entre 28 e 94 anos, com uma mediana de 68 anos; 222 (57%) eram do sexo masculino e 169 (43%) do sexo feminino. O número de observações por nível de consciência foi o seguinte: nível 1 650; 2 79; 3 134; 4 68; 5 54; 6 16. A mediana da sobrevivência global foi de 12,00 dias (IC 95%: 10,40-13,60) e a dos diversos níveis foi de: 1 16,00 (IC 95%: 13,59-18,40); 2 16,00 (IC 95%: 10,19-21,80); 3 12,00 (IC 95%: 8,22-15,78); 4 3,00 (IC 95%: 1,92-4,08); 5 2,00 (IC 95%: 1,11-2,90); 6 2,00 (IC 95%: 1,24-2,76). As diferenças de sobrevivência entre os níveis 1 e 2 e entre 4,5 e 6 não foram estatisticamente significativas. Agruparam-se os níveis 1 e 2 e os níveis 4, 5 e 6, transformando-se a escala anterior num escala de 3 níveis, para determinação do prognóstico, nível 1 (níveis 1 e 2 da escala completa); nível 2 (anterior nível 3); nível 3 (anteriores níveis 4, 5 e 6). As medianas de sobrevivência na nova escala foram: 1- 16,00 (IC 95%: 13,72-18,28); 2- 12,00 (IC 95%: 8,22-15,78); 3- 3,00 (IC 95%: 2,44-3,57). As diferenças na sobrevivência entre os grupos foram significativas: entre 1 e 2 $p = 0,001$; entre 2 e 3 $p < 0,001$. Conclusão: A nova escala baseada na avaliação do nível de consciência pela Escala de Consciência para Cuidados Paliativos tem valor prognóstico.

P 26

Avaliação do desconforto nos doentes com alterações cognitivas em cuidados paliativos

Autores: Ferraz Gonçalves, Elisabete Costa, Natércia Edra, João Gil, Carla Martinho, Emília Neves, Vânia Peixoto, Sara Teixeira, Andreia Rodrigues, Margarida Silva
Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos Instituto Português de Oncologia, Porto

Introdução: Considera-se que o melhor método para a avaliação de sintomas é a comunicação do próprio doente. No entanto, as alterações cognitivas são frequentes em cuidados paliativos. Como pode o desconforto ser avaliado nessa situação? A maioria dos instrumentos desenvolvidos até agora foi validada em contextos diferentes dos cuidados paliativos, como as demências e os cuidados intensivos. Além disso, esses instrumentos têm revelado algumas debilidades, incluindo as suas propriedades psicométricas e a sua utilidade clínica. Objectivo: Na nossa unidade de cuidados paliativos, quando os doentes não podem comunicar os seus sintomas, avalia-se o estado de conforto/desconforto pela observação global dos doentes e regista-se essa observação como sinais de desconforto sim ou não. Contudo, este método nunca tinha sido subido a uma avaliação, tendo-se considerado que era importante fazê-lo. Os resultados dessa avaliação são aqui apresentados. Métodos: Os doentes admitidos na unidade são avaliados por rotina pela Escala da Consciência para os cuidados paliativos e pelo Método de Avaliação da Confusão. Os doentes que revelaram alterações cognitivas foram incluídos no estudo numa base de conveniência. Participaram no estudo 2 médicos e 7 enfermeiras. Dois destes elementos observaram simultaneamente cada doente e registavam independentemente, numa folha de recolha de dados desenvolvida para o efeito, se apresentava

sinais de desconforto ou não nesse momento. Um terceiro elemento perguntava, imediatamente a seguir, aos doentes observados pelos outros 2 que ainda retinham alguma capacidade de comunicar se sentiam ou não algum desconforto nesse momento. Foi usado o coeficiente k de Cohen e as proporções de concordância positiva e negativa para avaliar a concordância entre os avaliadores. Foram também calculados a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos positivo e negativo. Resultados: O estudo decorreu entre 24/01/2011 e 22/02/2012. Foram realizadas 200 observações em 117 doentes; estes foram observados 1 a 7 vezes. A mediana das idades foi de 70 anos (25 a 93), 61 (52%) eram do sexo feminino e 108 (92%) eram doentes oncológicos. Em 136 observações os doentes puderam responder pelo menos sim ou não se sentiam algum desconforto. Em 99 (73%) destas observações os doentes negaram desconforto e nos restantes a causa mais frequente de desconforto foi dor em 22 (16%). O coeficiente de concordância k foi de 0,615, a proporção de concordância positiva foi de 0,64 e a negativa de 0,98. A sensibilidade foi de 17% (IC 95%: 0,10-0,23) e a especificidade foi de 99% (IC 95%: 0,97-1,00). O valor preditivo positivo foi de 88% (IC 95%: 0,82-0,93) e o valor preditivo negativo de 73% (IC 95%: 0,65-0,80). Conclusão: Este método para a avaliação do desconforto nos doentes com alterações cognitivas tem um bom coeficiente de concordância entre os observadores, sobretudo uma muito boa proporção de concordância negativa. A especificidade é também muito alta, assim como o valor preditivo positivo, o que significa que quando se detectam sinais de desconforto a probabilidade de o doente estar desconfortável é muito alta. Contudo, a sensibilidade é muito baixa, o que significa que muitos casos de desconforto não são detectados. Portanto, é necessária mais investigação neste aspecto particular da avaliação dos doentes.

P 27

Tradução, adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do questionário sobre cuidados paliativos para profissionais de saúde

Autores: Nancy Barros Correia, Jurema Telles de oliveira lima, Jailson Barros Correia, José Natal Figueroa, Mirella Rebelo, Maria Julia Gonçalves Mello
Instituição: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

A transição demográfica e epidemiológica observada ao longo das últimas décadas se caracteriza pelo aumento da expectativa de vida e pela crescente importância na saúde pública das doenças crónicas não transmissíveis determinando a necessidade de instituir uma política de saúde com rede de assistência integral em cuidados paliativos. No Brasil, não há estrutura e/ou formação profissional em cuidados paliativos adequada às demandas inerentes a essa transição epidemiológica e não encontramos na literatura um instrumento adequado e validado que permita determinar quais as lacunas existentes na formação e atuação do profissional de saúde em cuidados paliativos. Este estudo tem como objetivo traduzir para português brasileiro, adaptar transculturalmente e avaliar propriedades psicométricas de questionário japonês que avalia conhecimentos, habilidades e atitudes de profissionais de saúde. É um estudo de validação prospectivo desenvolvido no serviço de Oncologia Clínica, no serviço de assistência domiciliar e nas Unidades de Saúde da Família da cidade do Recife. A validade de conteúdo e adaptação transcultural foi feita por painel de especialistas após tradução e retradução. Treze médicos e enfermeiros participaram da análise semântica. Para determinar a confiabilidade do instrumento o questionário foi aplicado a 96 médicos e enfermeiros da atenção básica. Para a análise da consistência interna utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach para as questões tipo Likert e para as questões dicotômicas relacionadas ao conhecimento foi utilizado o Kuder-Richardson (KR-20). Resultados: O questionário final tem 143 questões, o coeficiente alfa de Cronbach global foi 0,98, com variação de 0,87 a 0,97 nos subgrupos e o coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20) foi 0,89. Conclusão: a versão em português brasileiro do questionário que compreende os domínios referentes à filosofia, dor, dispneia, distúrbios gastrointestinais, distúrbios psiquiátricos e comunicação em cuidados paliativos apresenta boa factibilidade e confiabilidade, podendo ser utilizado em estudos posteriores. DeCS: Traduções, Estudos De Validação, Questionários/Utilização, Comparação Transcultural, Cuidados Paliativos, Bioética/Educação, Serviços De Saúde Comunitária, Programa Saúde Da Família.

P 28

Avaliação de dor em idosos com demência: Versão Preliminar da Tradução da Escala MOBID 2 para a Língua Portuguesa

Autores: Camila Vicente; Camilo Germano; Marília Bensei Othero; Bettina Husebo
Instituição: Instituto Paliar - São Paulo/SP - Brasil

Introdução: Muitos idosos sentem dor, geralmente prolongada, relacionada a condições médicas como artrite, encurtamentos mioentendoneos, neuropatias, vasculopatias e neoplasias, além de feridas. Nas pessoas com demências, a dor pode não ser tratada adequada, pois os comprometimentos na linguagem, memória e capacidade de reflexão dificultam a expressão das mesmas. Porém, a dor nestes idosos pode se manifestar através de outras formas, como alteração de comportamento, por exemplo; há a necessidade, portanto, de desenvolver programas de melhoria de qualidade e de investigação do tratamento da dor em idosos demenciados.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é apresentar a tradução para a Língua Portuguesa da escala MOBID 2 (Mobilization/Observation/Behaviour/Intensity/Dementia), sendo a mesma uma ferramenta para avaliação de dor nesta população. A escala foi desenvolvida na Noruega e esta originalmente na língua inglesa, já validada para o uso em pacientes com

demência Esta é uma escala que avalia dor, de acordo com a mobilização do paciente e suas expressões de dor, através da observação atenta do avaliador, seguindo o roteiro proposto pela escala.

Desenvolvimento: Até este momento, foi realizada tradução foi realizada por duas profissionais da área da saúde, com experiência no campo da assistência a idosos, seguindo instruções padronizadas. Foi feita revisão de termos específicos. Não foram feitas alterações no lay-out da mesma. Foram avaliados seis aspectos de equivalência entre a escala original e a versão para o português: as equivalências conceitual, semântica, operacional, de itens, de medidas e funcional. Esta tradução e adaptação transcultural procurou garantir uma coerência do conteúdo.

Conclusão: Esta é uma versão preliminar da tradução. O próximo passo será a aplicação em pacientes, através de pesquisa sistematizada com projeção para início em 2013, buscando-se o processo de validação da mesma. Entretanto, este passo inicial é fundamental, pois não há escalas específicas para estes pacientes no Brasil.

P 29

Ansiedade perante a morte como medir?

Autores: Rita Maria Sousa Abreu Figueiredo; Tânia Lourenço; Luís Sá
Instituições: Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny; Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica de Lisboa

Introdução: O incremento dos cuidados paliativos tem captado a atenção de muitos investigadores para o estudo das questões associadas à morte, nomeadamente as emoções e sentimentos suscitados pela consciência antecipada da própria mortalidade. A ansiedade perante a morte foi certamente a variável mais estudada nas pesquisas sobre o comportamento do ser humano perante a morte (Barros-Oliveira & Neto, 2004). A utilização de instrumentos de avaliação é de extrema importância tanto no contexto da prática clínica como na investigação. Têm sido utilizadas diversas escalas de avaliação da ansiedade perante a morte mas apenas algumas delas foram testadas em Portugal. Objetivos: Identificar e analisar os instrumentos de avaliação da ansiedade perante a morte validados em Portugal.

Material e métodos: Revisão da Literatura. Elegemos como locais de pesquisa o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal, o Google Académico e as revistas de enfermagem portuguesas, definido como horizonte temporal o período de 2000 a 2011. Utilizámos as seguintes palavras-chave: ansiedade, morte, "avaliação", "escalas". Definimos como critérios de inclusão: estudos empíricos e realizados em Portugal. Excluímos os estudos que não forneciam informação clara acerca dos elementos considerados fundamentais para a análise.

Resultados: Foram identificadas 32 referências, após a aplicação dos critérios de seleção foram selecionados 16 artigos e identificados 4 instrumentos (uni ou pluridimensionais) que podem ser utilizados na avaliação da ansiedade relacionada com a morte, e que foram testados em Portugal: Death Perspective Scales de Spilka, Stout, Minton e Sizemor, 1977 (Barros-Oliveira e Neto, 2004); Revised Death Attitude Profile de Wong, Reker e Gesser , 1994 (Loureiro, 2010); Death Anxiety Questionnaire de Conte, Weiner e Plutchic, 1982 (Simões e Neto, 1994; Oliveira, 1998) e Death Anxiety Scale, Templer, 1970 (Santos, 1999; Santos, 2010). Conclusões: Os instrumentos analisados revelam ser seguros na sua utilização, no entanto, deverá ser sempre feita uma análise criteriosa prévia ao seu uso. Consideramos ser necessária a revalidação dos instrumentos de avaliação com amostras maiores e em populações com diferentes características sócio-demográficas.

P 30

Avaliação da satisfação dos cuidadores informais dos utentes numa unidade de cuidados paliativos

Autores: Ana Duarte ; Ana Ferreira; Ana Marques; Catarina Sequeira; Helena Fernandes
Instituições: Unidade de Cuidados Paliativos LNostrum

Introdução: Nos últimos anos muito se tem enfatizado acerca da importância dos Cuidados Paliativos, enquanto cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças que colocam a vida em risco e suas famílias. Contudo são poucos os estudos realizados nesta área e que parecem pertinentes no sentido da avaliação da eficácia e eficiência dos ganhos da prestação dos cuidados paliativos. Assim e de forma a promover uma melhoria contínua dos cuidados prestados pretendemos avaliar o grau de satisfação dos cuidadores informais dos utentes internados, no que respeita a: controlo de queixas; informação dada ao utente/cuidadores acerca da doença; conferências familiares; apoio prestado ao utente/cuidadores por parte da equipa e envolvimento do utente e família na tomada de decisões. Objetivos: Avaliar o grau de satisfação dos cuidadores informais dos utentes que tiveram alta da tipologia de Cuidados Paliativos no período compreendido entre Janeiro de 2012 e Setembro de 2012; Melhorar a qualidade dos cuidados prestados e satisfação dos cuidadores informais dos utentes internados na Unidade de Cuidados Paliativos. Material e Métodos: Aplicação de um questionário estruturado. Análise estatística de dados recolhidos através do questionário; Reflexão crítica da nossa prática. Resultados: Realçam-se dos dados obtidos até ao momento actual os seguintes resultados: Controlo de queixas: 84% dos inquiridos encontram-se entre o satisfeito e o completamente satisfeito; Informação dada aos cuidadores: verifica-se que 95% das pessoas questionadas responderam satisfeito e completamente satisfeito; Conferências familiares: denotamos que 58% da população-alvo respondeu satisfeito e completamente satisfeito sendo que 42% não respondeu a esta questão; Apoio prestado ao utente: evidencia-se que 53% encontra-se completamente satisfeito e 32% estão satisfeitos; Apoio prestado aos cuidadores: 79% dos inquiridos referiram terem-se sen-

tido apoiados, por parte da equipa, durante o processo de internamento; Envolvimento do utente e família na tomada de decisões: a avaliação demonstra que 74% dos cuidadores se sentiram envolvidos nas tomadas de decisão relacionadas com o internamento. Conclusões: De uma forma global e até à data, verificou-se que os cuidadores informais se encontram satisfeitos tendo em conta os itens avaliados e que, na sua totalidade, avaliam globalmente a Unidade de forma positiva (53% avalia como boa e 47% como muito boa) sendo que 100% recomendaria a Unidade de Cuidados Paliativos a amigos/familiares que necessitassem de internamento. Apesar dos dados positivos acima demonstrados verificou-se a necessidade de melhorar a percepção dos cuidadores em relação às Conferências familiares, tendo em conta que 42% não respondeu a esta questão. Contudo salienta-se a nossa dificuldade na realização das mesmas, que muitas vezes se encontra associada ao curto tempo de internamento dos utentes e dificuldade das famílias em se deslocarem à unidade (quer por razões de distância geográfica ou dificuldade de horário).

Tema: Psicologia e comunicação

P 31

Comunicação em cuidados paliativos: percepção dos pacientes

autores: Gabrielle Sena, Bruna Cândido, Gabriella Cantarelli, Maria Julia G. de Mello, Jurema Telles, Paulo Duprat, Ariani de Souza, Nancy de Barros Correia, Mirella Rebelo
Instituição: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP

Introdução: O câncer é um conjunto de doenças que acarreta uma série de desdobramentos a nível individual, familiar e social devido a sua história natural, possibilidade de agressividade de tratamento, efeitos colaterais, a possibilidade de recidiva e sofrimento, iminência de morte, custos e mudanças significativas na linha da vida (1). Nesse contexto, torna-se importante a prática dos Cuidados Paliativos, cujo foco da atenção não é a doença a ser curada/controlada, mas o doente, entendido como um ser ativo, complexo, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento e de sua vida.

Objetivo: Avaliar as atitudes, necessidades e dificuldades na comunicação sobre diagnóstico e tratamento oncológico, além de conhecer o nível de informação, capacidade de entendimento e decisão, sobretudo dos pacientes, assim como seus familiares, em cuidados paliativos admitidos para qualquer modalidade de tratamento no Serviço de Oncologia. Método: Estudo de corte transversal, realizado através de questionário semi estruturado aplicado, durante agosto de 2011 e janeiro de 2012. Foram entrevistados 151 pacientes oncológicos com estadiamento III e IV. As informações obtidas foram armazenadas e analisadas em um banco de dados, desenvolvido no programa Epi Info versão 3.5.3.

Resultados: A idade média foi de 54 anos, 65,3% (n=96) do sexo feminino e 69,4% (n=102) enquadrando-se como estadiamento IV. Os médicos foram fonte de informações para 42,3% (n=58) dos pacientes e 57,2% (n=83) dos entrevistados gostariam de receber mais informações sobre a sua doença, incluindo esclarecimento sobre a doença (35,4%), informações sobre metástases e prognóstico (19%), dúvidas sobre o tratamento (22,8%), dúvidas sobre resultados de exames (1,3%) e sobre a possibilidade de cura (21,5%). As dificuldades comumente encontradas pelos pacientes para o estabelecimento de uma comunicação satisfatória foram citadas como: consulta rápida, falta de explicação por parte do médico, além de medo ou vergonha fazer perguntas aos médicos, assim como medo das respostas. Conclusão: A maioria dos pacientes desejam informações complementares sobre o seu diagnóstico, prognóstico e possibilidades terapêuticas. Destaca-se que apesar de ser um grupo de pacientes reconhecido pelo serviço como portadores de uma doença incurável 1 em cada 5 pacientes tinham dúvidas sobre a possibilidade de cura. A população idosa apresentava ainda maior. As dificuldades alencadas vão desde questões organizacionais como tempo de consulta, como questões culturais do médico (falta de hábito de conversar/explicar ao paciente) e também do paciente (medo/vergonha de perguntar e das respostas possíveis). A comunicação em cuidados paliativos é parte importante do cuidado integral do paciente, sua ausência pode ser fator de perda de qualidade de vida, fonte de sofrimento adicional, não podendo ser negligenciada pela equipe de saúde, devendo ser objeto de constante de reflexão, adequação as novas necessidades e educação continuada.

P 32

O desafio de buscar novos sentidos para a vida: história oral e narrativas em cuidados paliativos

Autores: Sandra Mara Cavasini; Nívea Passos Maehara Matosinho; Nadia Vitorino Vieira; Fabíola Holanda

Instituições: Universidade Federal de São Paulo: Departamento de Psiquiatria; CeHF: Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde- GEHOS

Esse estudo tem como objetivo refletir a experiência do adoecer e morrer na perspectiva dos cuidados paliativos, partindo da metodologia e perspectivas da história oral aplicada a esse contexto. Para tanto serão apresentados os relatos de duas mulheres portadoras de doença oncológica em fase final de vida e como os acontecimentos podem adquirir sentido a partir da experiência narrativa. A metodologia da história oral oferece ao paciente a possibilidade da narrativa de sua vivência do adoecer e ao profissional uma maior compreensão de suas práticas em saúde. A história oral se situa dentro dos métodos qualitativos de investigação, e reflete a concretude, as circunstâncias e o contexto social e cultural no qual ocorrem as experiências do adoecer e as situações da

prática institucional; permite mobilizar sentidos e afetos, através da construção empática entre colaboradoras e suas vivências assim como facilita uma melhor compreensão das manifestações humanas diante da morte. Através das narrativas, as colaboradoras vivenciaram o impacto de se ver diante da possibilidade do morrer, assim como suscitaram nos profissionais reflexões éticas acerca das tomadas de decisões em relação aos cuidados. Falaram sobre seus conflitos passados, recentes e presentes. Suas histórias apresentaram-se como possibilidades efetivas de expressão de seus desejos, o que parece amenizar as angústias, os medos, fomentar a confiança, fortalecer a esperança e facilitar as despedidas.

P 33 **Fatores associados à ansiedade relacionada com a morte**

Autores: Rita Figueiredo; Tânia Lourenço; Luís Sá

Instituições: Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica

Introdução: O ser humano tem consciência da finitude da sua vida, mas pensar na própria morte desencadeia angústia e nostalgia na maioria das pessoas. Há contextos de vida que nos fazem refletir com mais frequência e intensidade na morte e no morrer, por exemplo quando estamos perante uma situação em que sentimos que a nossa vida está em perigo, ou quando somos testemunhas do processo de morte de alguém que amamos. Durante estas experiências de vida, a ansiedade relacionada com a morte pode ser muito intensa e tornar-se numa das maiores fontes de sofrimento de um ser humano. Nas últimas décadas, tem havido um crescente número de investigadores, de diversas especialidades (psicologia, medicina, enfermagem, tanatologia, etc) a publicar estudos nesta área. No entanto, a diversidade de conceitos, instrumentos de medida e metodologias utilizados, tem dificultado o estabelecimento de consensos sobre os fatores etiológicos da ansiedade relacionada com a morte, o que constitui um entrave à implementação de intervenções específicas para aliviar a ansiedade relacionada com a morte dos doentes e dos seus familiares.

Objetivos: Identificar os fatores relacionados com ansiedade perante a morte.

Material e Métodos: Efetuou-se uma revisão integrativa da literatura, a qual é considerada como o método de revisão mais amplo (Souza, Silva, & Carvalho, 2010), que sumariza a literatura empírica e teórica, para providenciar uma maior compreensão do fenómeno, ou problema de saúde (Whittemore & Knaff, 2005; Pompeo, Rossi, & Galvão, 2009; Souza, Silva, & Carvalho, 2010), de maneira sistemática e ordenada (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008), através da revisão, síntese e análise crítica da literatura relevante (Toraco, 2005).

O objetivo deste método é essencialmente sintetizar e tornar acessível aos profissionais o estado da ciência sobre um determinado fenómeno ou assunto, promovendo a utilização de resultados de investigação na prática clínica.

Tendo como pano de fundo as palavras-chave death anxiety e death fear, efetuámos uma busca de literatura em bases de dados computadorizadas (Ebsco e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) e procura manual em livros e revistas. Foram também localizadas outras publicações através das referências bibliográficas de artigos. Como critérios de inclusão definimos: artigos publicados em inglês, espanhol e português, independentemente da data de publicação; com resumo disponível para análise e que abordassem fatores associados à ansiedade relacionada à morte. Foram localizadas inicialmente cerca de 600 referências que nos pareceram relevantes, no entanto após consulta dos resumos e posteriormente dos textos integrais, foram incluídos 25 textos na presente revisão.

Todos os artigos foram lidos minuciosamente, numerados e os dados foram compilados para o instrumento de colheita de dados e organizados numa base de dados do Microsoft Excel.

Resultados: Caracterização dos estudos: A publicação mais antiga, incluída nesta revisão é de 1979, a maioria dos estudos foram publicados na última década. Os estudos foram provenientes de 15 países, sendo a maioria (53,3%) dos Estados Unidos da América.

A maioria são artigos de revistas (88,9%), sendo 8,9% livros e 2,2% teses. São escassos os trabalhos teóricos e predominam os empíricos, a maioria deles pesquisas quantitativas (correlacionais). Estes estudos foram feitos na maioria das vezes em indivíduos saudáveis, essencialmente estudantes de enfermagem (36,4%) e profissionais de saúde (18,4%), na maioria enfermeiros. Alguns estudos foram focalizados em pessoas doentes, com cancro, HIV, paliativos. Só 12,1% das pesquisas tiveram como alvo os cuidadores familiares.

Fatores associados à ansiedade relacionada com a morte: A ansiedade em relação à morte pode estar relacionada com fatores situacionais (experiência de quase-morte ou processo de morrer do próprio ou de outros, confronto com a realidade de doença grave); fatores ambientais (contacto com cadáveres, funerais, cemitérios,) ou de fatores internos à pessoa (idade, género, pensamentos: antecipação da dor, do sofrimento, do impacto da própria morte sobre outros; espiritualidade, crenças relacionadas com a vida e morte).

Conclusões: Na última década houve um incremento da produção científica sobre a ansiedade relacionada com a morte, o que nos faz pensar que os profissionais de saúde estão a dar maior atenção aos aspetos emocionais, dos doentes e seus cuidadores, relacionados com a morte. A grande diversidade de metodologias e populações utilizadas no estudo da ansiedade relacionada com a morte dificulta o estabelecimento de consensos relativamente aos fatores que a influenciam. No entanto, a presente revisão da literatura permitiu clarificar alguns fatores que influenciam esta reação emocional, o que poderá ser um contributo para o delineamento de estratégias de intervenção junto de doentes e familiares, melhorando a qualidade dos cuidados, em especial no contexto do fim-de-vida.

P 34 (Abstract retirado pelos autores)

P 35 (Abstract retirado pelos autores)

P 36 (Abstract retirado pelos autores)

P 37 **Transferência dos cuidados curativos para os cuidados paliativos: quem informou e em que momento?**

Autores: Margarida Isabel Cardoso dos Santos Freitas Alvarenga

Instituição: Serviço de Cuidados Paliativos, Instituto Português de Oncologia - Port:
Introdução: A doença incurável aviva a ideia de que a morte é real, presente e inevitável na história de vida da Pessoa. A obstinação na cura da doença resulta também na dificuldade dos profissionais de saúde aceitarem que a morte existe e que a ciência não responde eficazmente a todos os problemas causados pelas doenças na vida do Ser Humano. A passagem para os cuidados paliativos é com frequência encarada de forma negativa, não só pela ideia que os relaciona diretamente com cuidados terminais, mas também porque representa o assumir e aceitar que a cura já não é possível. A não comunicação da verdade ao doente sobre a sua situação clínica e sobre o que pretende ser o objetivo do cuidar quando a cura já não é possível, pode ser um factor impeditivo para o doente viver com qualidade o resto da sua vida. A notícia sobre a mudança para os Cuidados Paliativos uma má notícia- deve ser transmitida pelo profissional que acompanhou o doente no processo de cuidados com intuito curativo, que estabeleceu uma relação terapêutica com o doente que durou, em alguns casos, anos e não o profissional de saúde que recebe o doente e que representa uma equipa de cuidados em que o objetivo é cuidar e tratar no sentido de diminuir o sofrimento e não curar. O momento em que esta decisão deve ser transmitida, uma vez que está descrito que as más notícias devem ser dadas de forma tranquila, muitas vezes em mais que um momento, de forma a permitir à pessoa a gestão da informação e a adaptação à situação com que se depara, torna-se fulcral para a percepção da pessoa sobre a sua situação clínica e sobre os objetivos dos cuidados propostos. Este poster abordará esta problemática inserida num contexto mais abrangente que é a comunicação na saúde e é uma parte de uma tese de mestrado com o título: A Comunicação na Transferência do doente dos cuidados curativos para os cuidados Paliativos.

Objetivos: Conhecer como é que os doentes seguidos no Serviço de Cuidados Paliativos do IPO - Porto recebem e percebem a informação sobre a transferência dos Cuidados Curativos para os Cuidados Paliativos; Saber qual o profissional da equipa de saúde que lhes deu esta informação e em que momento.

Material e métodos: O estudo é um estudo exploratório, descritivo e inserido no paradigma qualitativo. Foi realizada uma entrevista semi estruturada partindo da questão principal relacionada com a comunicação ao doente sobre a transferência de cuidados (curativos para paliativos), foram elaboradas questões abertas, orientadoras da entrevista e do estudo.

Resultados: No estudo de Miguel Ricou, que reflectia o conhecimento dos doentes face ao diagnóstico e prognóstico da doença, dos 68 inquiridos, mais de 70% revelam ter sido o médico dos cuidados paliativos e o médico assistente o responsável por esta informação. No nosso estudo, ficou explícito que quem informou da transferência para os cuidados paliativos foi de facto o médico que o acompanhou até esse momento, numa percentagem de 46%. Parece-nos também importante reflectir no momento dessa informação uma vez que como foi referenciado as más notícias devem ser dadas de uma forma tranquila, sem pressas e muitas vezes em mais do que um momento, para que a pessoa fique esclarecida e concededora do seu futuro em termos de cuidados de saúde e de evolução clínica. A análise das respostas dos participantes à questão sobre o momento em que lhe foi dada a informação sobre a transferência para os cuidados paliativos, revela-nos que em mais de metade da amostra (74%) a informação foi fornecida num único momento, que coincidiu com o facto de ser também a última consulta da especialidade que seguia o doente. O doente é confrontado com o facto de não ter perspectivas de cura e ao mesmo tempo com a necessidade de passar para outra equipa de cuidados, a qual desconhece.

Conclusão: Da análise das entrevistas, ficou evidente que o responsável pela transmissão da notícia foi, maioritariamente, o médico que estabeleceu com o doente uma relação terapêutica desde o diagnóstico até ao momento da transferência para os cuidados paliativos, o que nos parece louvável uma vez que foi uma decisão terapêutica por si tomada em função da resposta aos tratamentos efectuados e da resposta da doença aos mesmos. No entanto, uma percentagem não muito pequena revela-nos que foi o médico dos cuidados paliativos que na primeira abordagem que teve com o doente transmitiu as razões que justificam o facto de ser o seu novo médico. Sobre esta realidade parece-nos necessário também proceder a algumas mudanças, uma vez que de acordo com o referencial teórico, sempre que a situação o permitir não deve ser um profissional de saúde com o qual o doente nunca contactou o responsável pela transmissão de uma má notícia, mas sim o profissional que já estabeleceu uma relação prévia com o doente, tendo por base um conhecimento mútuo que facilita a preparação da transmissão da notícia de modo individualizado. No que concerne à preparação deste momento, pudemos constatar que esta não deve ser efectuada num momento único. Tal não se verificou com os doentes do nosso estudo, tendo ficado evidente que foi efectuado no dia da última consulta (para doentes seguidos em ambulatório), após a qual já não

haverá mais contacto com o responsável pela transmissão da mensagem, ou no dia em que foram transferidos de serviço (para doentes em regime de internamento). Mais uma vez surge aqui a necessidade de mudança de atitude no que diz respeito ao tempo de execução de tão nobre e importante momento da relação terapêutica estabelecida, que nunca deve ser único em termos de tempo despendido para...

Tema: Cuidados Paliativos nos doentes não oncológicos e idosos

P 38

D. Machado-Joseph - Estudo de caso

Autores: Ana Ferreira, Andreia Pereira, Carla Gaspar, Helena Fernandes

Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos LNostrum.SA

Introdução: No âmbito do VI Congresso Nacional de Cuidados Paliativos apresentamos um Estudo de Caso, sobre uma doente portadora de Doença de Machado Joseph. Trata-se de uma patologia pouco frequente com evolução progressiva e terminal. Salientam-se as manifestações neurológicas, motoras e sensoriais num indivíduo jovem e as repercussões no mesmo, nos seus cuidadores informais e formais. Fundamentais ao longo do seu período de internamento, salientamos as intervenções multidisciplinares do foro paliativo. Objetivos: Dar conhecimento sobre a Doença de Machado Joseph; Refletir sobre as repercussões no doente; Refletir sobre as repercussões nos seus cuidadores informais; Refletir sobre o impacto nos profissionais; Refletir sobre a importância dos cuidados paliativos em situações não oncológicas.

Desenvolvimento: A metodologia aplicada foi a de estudo de Caso com: análise da bibliografia específica, consulta do processo clínico e reflexão em equipa sobre este caso. Descreve-se a situação clínica, o seu desenvolvimento ao longo do internamento e intervenções da equipa em todos os aspetos clínico, social, emocional, espiritual, etc. Conclusão: Pretende-se evidenciar a importância e benefícios da intervenção atempada de uma equipa de cuidados paliativos, com a finalidade de prevenir o sofrimento e proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. Salienta-se o impacto destas situações clínicas sobre a equipa.

P 39

D. Behçet neurológica estudo de caso

Autores: Andreia Ramos, Cláudia Carvalho, Inês Rodrigues, Rita Ferreira, Helena Fernandes

Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos LNostrum

Introdução: No âmbito do VI Congresso Nacional de Cuidados Paliativos apresentamos um Estudo de Caso, sobre um doente portador de Doença de Behçet com envolvimento predominantemente neurológico. Trata-se de uma patologia pouco frequente, sendo este tipo de manifestação pouco usual. Tratou-se de um caso com evolução progressiva e terminal. Salientam-se as manifestações neurológicas, motoras e sensoriais num indivíduo jovem e as repercussões no mesmo, nos seus cuidadores informais e formais. Fundamentais ao longo do seu curto período de internamento, intervenções multidisciplinares do foro paliativo.

Objetivos: Dar conhecimento sobre a Doença de Behçet, em especial na sua forma predominantemente neurológica; Refletir sobre as repercussões no doente; Refletir sobre as repercussões nos seus cuidadores informais; Refletir sobre o impacto nos profissionais; Refletir sobre a importância dos cuidados paliativos em situações não oncológicas.

Desenvolvimento: A metodologia aplicada foi a de estudo de Caso com: análise da bibliografia específica, consulta do processo clínico e reflexão em equipa sobre este caso. Descreve-se a situação clínica, o seu desenvolvimento ao longo do internamento e intervenções da equipa em todos os aspetos clínico, social, emocional, espiritual, etc. Conclusão: Pretende-se evidenciar a importância e benefícios da intervenção atempada de uma equipa de cuidados paliativos, com a finalidade de prevenir o sofrimento e proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. Salienta-se o impacto desta situação clínica sobre a equipa, as questões de ética levantadas, a relevância da informação honesta junto de doente e família, a gestão de expectativas, entre outras.

P 40

A vivência da demência e a convivência com o Luto

Autores: Alexandra Pereira; Amélia Ferreira

Instituições: ARS Norte - ACES Tâmega III Vale do Sousa Norte - Centro de Saúde de Lousada

Palavras-Chave: Demência, Família, Luto, Perda.

Introdução: A evolução tecnológica e as melhorias das condições de vida nos últimos 50 anos levaram a que a esperança média de vida praticamente duplicasse. Surgiram, assim, novos desafios à sociedade, com o predomínio das doenças crónicas e degenerativas, normalmente associadas à velhice, sendo as demências as mais comuns. Por tudo isto, a demência é considerada a nova epidemia do século XXI: a prevalência a nível europeu é de 7.3 milhões, estimando-se que em Portugal 153 mil pessoas sofram de um tipo de demência. O curso de doença de uma demência é normalmente longo, pelo que as pessoas afectadas por esta doença estão normalmente em sua casa, dispersas pela comunidade, ao cargo dos seus familiares, lidando estes diariamente com perdas sucessivas.

Objetivos: Este trabalho tem como objectivo perceber a forma como a demência influ-

encia a vivência familiar, tentando perceber o seu impacto; para além de tentar perceber se existe uma correlação entre a vivência da demência e do seu impacto na família e a vivência do luto: não só o luto da pessoa após falecida, mas também a sua antecipação e a vivência do luto das perdas sucessivas que esta doença parece impor à pessoa doente e à sua família. Para tal, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, utilizando o PubMed, com os seguintes termos MeSH: grief e demencia, surgindo 106 resultados. Alguns artigos foram eliminados por não estarem directamente relacionados com o objectivo deste trabalho. Alguns livros foram também usados para complementar informação. Desenvolvimento: A demência tem um curso de evolução de doença longo, e geralmente lento, levando a que a maioria das pessoas que padecem desta patologia reside na comunidade, e se tornem progressivamente mais dependentes de cuidadores. Estes cuidadores assumem um papel difícil e muitas vezes multifacetado: satisfação das necessidades de saúde, satisfação de necessidades básicas e actividades de vida diária, tendo ainda em conta factores económicos, espaço físico, entre outros. Estes cuidadores estão, por isso, expostos ao elevado risco de sobrecarga e exaustão física e psíquica. A demência pode ser considerada uma patologia de perda, no sentido em que vai destruindo a pessoa doente, e por consequência as pessoas com quem esta se relaciona, de funções, capacidades, actividades e relações que anteriormente eram tidas como normais e seguramente garantidas. A vivência da perda e do luto dessas perdas sucessivas na demência é algo que se torna comum e quase rotineiro às pessoas e famílias afectadas por esta patologia. As perdas são variadas e multidimensionais: seja a perda da função de andar, seja a perda da capacidade de ler ou de conversar, seja a perda da capacidade de se relacionar com o outro. Aí a vivência das perdas e a influência do luto que se faz dessas perdas assume uma nova relevância: afecta o cuidador principal e a sua família, e estes parecem fazer o luto antecipado da pessoa doente, deixando de reconhecer a pessoa que amam na pessoa que cuidam e que se encontra doente. Para além disso, o cuidador principal e a sua família assoberbados por tarefas relacionadas com o papel de família cuidadora, parecem também perder funções, papéis e actividades que tinham antes do processo de doença: perda das actividades sociais, perda das relações de amizade, perda das relações de trabalho. Conclusão: A demência é então uma doença incurável e incapacitante, que vai tornando a pessoa cada vez mais dependente. Há medida que a sua dependência aumenta, acumulam-se as perdas e os lutos que são necessários fazer não só pela pessoa doente, como também pelo seu cuidador principal e sua família. Torna-se assim necessário trabalhar com estas pessoas, ajudando-as a fazer o luto das perdas que vão identificando, promovendo a qualidade de vida e prevenindo complicações no luto após o falecimento da pessoa.

P 41 (Passou para a Discussão de Posters, página 15)

P 42

Análisis de pacientes en situación terminal no oncológicos atendidos por un Equipo de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos (ESDCP)

Autores: María Auxiliadora Fernández López; Aurora Morilla Alfaro; Rafael Cía Ramos; Maria Rosa Salvador Comino; Carmen Aguilera Gonzalez; Rocio Gonzalez Leon; Francisco Javier Galindo Ocaña

Instituição: Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción: En la actualidad va aumentando la atención a pacientes en situación terminal no oncológica, pero la cobertura es insuficiente, siendo la necesidad de alivio del sufrimiento, elevada por lo que resulta necesario promover su inclusión en programas de Cuidados Paliativos.

Objetivos: 1.- Analizar características relevantes de pacientes en situación terminal no oncológicos y familiares atendidos por ESDCP. 2.- Evaluar la actividad desarrollada por el equipo. 3.- Analizar factores predictivos que podrían influir en el pronóstico de los mismos. Material y Método: Análisis deivo retrospectivo univariante de pacientes atendidos por un ESDCP (Sept 2010 - Sept 2011). Se describen características generales de pacientes que cumplen criterios de enfermedad en situación terminal no oncológica (N=112), del total de 714 asistidos en este periodo, así como actividades globales del equipo, valorando factores predictivos que podrían influir en el pronóstico. Procesamiento estadístico SSPS. Resultados: De 714 pacientes atendidos, el 15,5% (N=112) cumplían los criterios NHO de enfermedad en situación terminal no oncológica. Edad media: 79,8 años. Mujeres 54,1%. El 43% poseían nivel cultural bajo y 20% medio-bajo. El 85% tenían una media de ingresos hospitalarios anteriores a la atención por el ESDCP: 0-2 y el 15,1% > 2 ingresos. Procedencia: Medicina Interna (54,6%) y Atención Primaria (34%). Mayor porcentaje pacientes presentaban insuficiencia cardíaca. Síntoma predominante disnea (42,9%) deterioro (14,3%). Estancia media 10,16 días. Nº visitas: 945. Asesoramiento telefónico: 670 ocasiones precisando 28% ingreso hospitalario (programado 76%). Supervivencia media: 250,7 días, Exitus (34%): Enfermedad cardiaca (29,9% fallecidos), seguida de hepatopatías crónicas e enfermedades respiratorias. Dependencia total 74,25% y severa 9,5%. Cuidadores/as principales: mujeres (79,6%) con dedicación completa: 72,9%, parcial: 27,1%. Conclusiones: 1.- Se detecta incremento progresivo significativo de pacientes atendidos con enfermedad terminal no oncológica; 2.- La insuficiencia cardiaca resulta la enfermedad más prevalente y la disnea, el síntoma subjetivo con mayor frecuencia. 3. El análisis de los factores predictivos no ha demostrado estadísticamente resultados concluyentes, resultando la capacidad funcional el que podría influir más en el pronóstico. 4.- Durante el periodo de asistencia se ha evidenciado una disminución significativa de demanda de dispositivos de urgencias.

P 43

Sedação Paliativa no controlo sintomas refratários: Revisão da literatura

Autores: Lacerda, Joana; Coelho, Patrícia; Alves, Paulo

Instituições: Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde - Porto
SUMÁRIO: Sedação paliativa pode ser definida como a indução controlada de sedação, às vezes ao ponto de inconsciência, para aliviar o sofrimento refratário grave de um doente em fase terminal. Vários estudos debruçam-se sobre as situações indicadas para sedação, os fármacos utilizados e sua relação com a diminuição do tempo de vida. Os objetivos deste estudo são a identificação e caracterização dos sinais e sintomas que levam à sedação do doente em cuidados paliativos, o controlo de sintomas refratários e qual a medicação utilizada, bem como a casuística da sobrevida dos doentes sedados versus não sedados. METODOLOGIA: Revisão da literatura publicada no período de janeiro de 2011 a junho de 2012, com pesquisa nas bases de dados CINAHL; EBSCO, PUBMED e Academic Search Complete com Full Text, tendo como palavras chaves "Palliative Sedation"; Terminal Sedation "Palliative Care", Refractory Symptoms e "End-of-life care". RESULTADOS: Foram identificadas 44 publicações através da pesquisa electrónica de acordo com a metodologia definida. Destes 41 foram eliminadas pelas seguintes razões: 3 artigos de Ética; 1 Guidelines; 2 estudos de revisão; 1 artigo de opinião; 14 não apresentavam full text disponível e 18 não se relacionavam com o tema. Dos 3 artigos selecionados que cumpriam os critérios de inclusão, 3 foram estudos retrospectivos e 1 estudo prospectivo, descrevendo 640 doentes, dos quais apenas 132 receberam sedação paliativa, não tendo sido encontrado qualquer estudo controlado aleatório. Verificou-se grande variabilidade entre o número de doentes que receberam sedação (entre 7,5% a 64,3% dos doentes), tendo sido de 20,6% (n=132) a percentagem de doentes sedados no conjunto dos 3 estudos. Os sintomas prevalentes no início da sedação foram maioritariamente comuns mas com grande variabilidade entre os estudos. O delírio (variou entre 30% e 31%), foi a causa mais comum para a sedação. Foram identificadas outras como a dispneia (variação entre 14% e os 37%), a dor (variou entre 2% e 55%); e outros como sensação de bem-estar, stress e vômitos (variaram entre 3% e 40%). Apenas dois estudos referem os fármacos utilizados na sedação. O fármaco na sedação paliativa mais utilizado foi o Midazolam, utilizado com maior percentagem (60%), são no entanto referidas outros fármacos como haloperidil (26%), clorpromazina (23%) e levopromazina (2%). Quanto a relação da sedação paliativa com a sobrevida dos doentes, apenas um estudo faz essa referência onde duração média de sobrevida dos doentes que não receberam sedação paliativa (n=216) foi de 63,3 dias e dos que receberam sedação paliativa (n=29) foi de 63,9 dias. Não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas na duração de sobrevida dos doentes após o início dos cuidados paliativos. Conclusão: A sedação é usada sob um curto período de tempo e as evidências demonstram que em contexto de cuidados paliativos. Esta apenas deverá ser administrada após o consentimento do doente e este deverá ter conhecimento das suas consequências. A sedação paliativa é utilizada para o controlo sintomático e não está associada à diminuição da sobrevida dos doentes. Contudo, não existem estudos aleatórios controlados que o sustentem. Os estudos revelaram que a sedação paliativa só é administrada em casos de sofrimento refratário e intolerável, e ainda suportam o argumento que deve ser utilizada neste contexto, a fim de assegurar o sofrimento irreversível e com o intuito da promoção de qualidade de vida.

P 44

Utilização da via subcutânea em contexto domiciliário

Autores: Cristina Francisco; Maria José Pacheco; Mickael Pião; Liliana Rodrigues

Instituições: UCC DALagoa; Equipa de Cuidados Continuados de Lagoa - ACES Barlavento
Introdução: O doente paliativo com descontrolo sintomático apresenta, muitas vezes, condicionalismos à utilização da via oral, considerada de eleição, tendo em conta que não é invasiva, minimizando o desconforto. Surge assim como alternativa a utilização da via de administração subcutânea que apresenta vantagens que se prendem essencialmente com a comodidade do doente, permitindo a sua permanência no domicílio, que constitui o local privilegiado para a prestação de cuidados.

Objectivo: Reflectir acerca das vantagens da utilização da via subcutânea nos doentes paliativos em contexto domiciliário.

Desenvolvimento: A via subcutânea tem sido um pouco descurada pelos profissionais de saúde, tendo-se reduzido a sua utilização basicamente à administração de vacinas, insulina e anticoagulantes. Sendo o tecido subcutâneo provido de capilares sanguíneos, torna-se assim uma via propícia à administração de fluidos e/ou medicamentos. Quando a via oral se encontra indisponível, situação bastante frequente nos doentes paliativos em fim de vida, a via subcutânea surge como a melhor alternativa para a administração de fluidos isotónicos e/ou medicamentos. Para além de apresentar um risco mínimo de desconforto, pode ser realizada no domicílio e facilmente manuseada pelos familiares/cuidadores informais, uma vez que a probabilidade de ocorrerem complicações locais e sistémicas é muito reduzida. Outra vantagem é claramente o baixo custo associado à execução desta técnica. Desta forma, os enfermeiros que prestam cuidados em contexto domiciliário devem ter particular atenção à capacitação dos familiares/cuidadores informais para que estes possam dar continuidade aos cuidados prestados, nomeadamente no que diz respeito à administração de terapêutica e/ou reposição de fluidos, pois a permanência dos profissionais de saúde no domicílio fica muito aquém das 24h necessárias de cuidados.

Conclusão: Neste sentido, a escolha desta via proporciona entre outras vantagens, a alta hospitalar precoce e deste modo o regresso ao domicílio, uma vez que a técnica subcutânea apresenta muito baixo risco de complicações, sendo seguro e de fácil manuseamento pelos familiares/cuidadores informais.

P 45

Diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos: o caso de uma equipa intra-hospitalar de suporte

Autores: Sandra Martins Pereira (a); Emília Fradique (b); Ana Júlia Silva (a); Pablo Hernandez-Marrero (c)

Instituições: (a) Universidade dos Açores, Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo; (b) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E., Hospital de Santa Maria; (c) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Dpto. de Enfermería.

Introdução: Os enfermeiros são considerados o grupo profissional, na área da saúde, para quem o fenómeno de particular interesse corresponde às respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais, por parte dos indivíduos, famílias ou comunidades (International Council of Nurses ICN, 2007). Assim, os enfermeiros têm um papel central no sentido de ajudar pessoas a viverem, com a melhor qualidade e bem-estar possível, as transições decorrentes, quer de processos de vida, quer de processos de doença (Meleis et al., 2000). Tal é realizado mediante o estabelecimento de uma relação interpessoal de ajuda e utilização de uma metodologia científica que inclui a identificação de problemas e necessidades do indivíduo, família, grupos e comunidades, a formulação de diagnósticos, o planeamento de cuidados, a implementação de intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, e a avaliação dos mesmos. Este processo de enfermagem é perspetivado de modo dinâmico, prevenindo-se a sua reformulação e adequação sempre que as necessidades e problemas das pessoas assim o justifiquem. Não obstante, para que este processo tenha visibilidade, há que proceder à sua documentação e registo, algo nem sempre valorizado pelos enfermeiros.

Em 2010, a Ordem dos Enfermeiros (na esteira do ICN, 2009) viria a publicar o Catálogo CIPE "Cuidados paliativos para uma morte digna", um relevante instrumento de trabalho que reúne uma extensa lista de diagnósticos e intervenções de enfermagem passíveis de serem, respetivamente, identificados e implementadas em cuidados paliativos. É neste contexto que emerge a problemática deste estudo, assente na seguinte questão de investigação: quais os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados nos doentes acompanhados por uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos?

Objetivos: - identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos doentes acompanhados por uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos; - identificar as necessidades mais frequentes dos doentes acompanhados por uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos.

Material e Métodos: O presente estudo assume um cariz quantitativo, exploratório e descritivo, sendo realizado junto de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos portuguesa. Os instrumentos de recolha de dados foram os seguintes:

- Questionário de caracterização dos doentes acompanhados pela equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos;

- Instrumento de identificação e validação dos diagnósticos de enfermagem elaborado a partir do Catálogo CIPE "Cuidados paliativos para uma morte digna".

Em termos de procedimentos metodológicos, a recolha de dados decorreu durante um mês (entre 25 de junho e 27 de julho de 2012), tendo sido feito o registo dos diagnósticos de enfermagem identificados nos doentes acompanhados pela equipa em quatro momentos distintos. A recolha de dados foi efetuada por um dos elementos da equipa de investigadores, responsável pela prestação de cuidados direta aos doentes acompanhados. A análise dos dados foi efetuada com recurso aos programas Windows Excel e Statistical Package for Social Sciences SPSS.

Resultados: A identificação dos diagnósticos de enfermagem foi realizada junto de 11 doentes. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: sofrimento (presente em 9 doentes nos dois primeiros momentos de identificação, em 8 doentes no terceiro momento e em 4 doentes no quarto momento); angústia espiritual (presente em 8 doentes nos primeiros dois momentos de avaliação, em 6 doentes no terceiro momento e em 2 doentes no último momento); capacidade para tomar banho, comprometida (identificado em 7 doentes nos primeiros dois momentos e em 6 doentes nos restantes dois); arranjar a casa, comprometido (em 6 doentes nos primeiros dois momentos de identificação e em 5 doentes nos restantes dois); vestir/despir-se e arranjar-se, comprometidos (presente em 5 doentes em todos os momentos de avaliação). Considerando os diagnósticos identificados, constatou-se que estes doentes apresentavam sobretudo necessidades de superação e autorrealização (sofrimento e angústia espiritual), assim como necessidades de respeito e autonomia (capacidade para tomar banho, vestir-se, despír-se e arranjar-se, e arranjar a casa comprometidos). A partir destes resultados, é possível constatar, ainda, que houve um decréscimo quanto aos diagnósticos de enfermagem relativos a necessidades de superação e autorrealização, em função dos momentos de avaliação; embora menos expressivo, este decréscimo é também notório nos diagnósticos de enfermagem relativos a necessidades de respeito e autonomia.

Conclusões: As principais conclusões deste estudo apontam para o facto de os principais diagnósticos de enfermagem identificados nos doentes acompanhados por uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos serem o sofrimento e angústia espiritual, assim como as capacidades para tomar banho, vestir-se, despír-se e arranjar-se, e arranjar a casa. Além disso, constatou-se um decréscimo na presença destes diagnósticos ao longo do tempo, sobretudo no que respeita aos que são relativos a necessidades de superação e autorrealização. Estes resultados reforçam o papel que os

enfermeiros podem assumir nesta área de cuidados, designadamente no que respeita às intervenções que podem implementar no sentido de ajudar a aliviar o sofrimento e angústia espiritual, assim como no sentido de ajudar a pessoa doente a satisfazer, com ajuda, as necessidades e atividades de autocuidado que ela faria, por si só, se tivesse as condições para tal.

P 46

Radioterapia e Medicina Paliativa nas Metástases Cerebrais: Indicações mais frequentes

Autor: Pedro André da Costa Baptista Fernandes

Instituição: Serviço de Radioterapia Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: As metástases cerebrais são os tumores intracranianos mais comuns nos adultos sendo que excedem os tumores cerebrais primários num fator de 10 para 1. Os locais primários mais comuns das metástases cerebrais são os pulmões seguidos da mama. Ainda assim é o melanoma que detém a maior predileção para a disseminação cerebral. O aumento da sobrevivência global devido aos avanços recentes na terapia sistémica e o uso mais frequente e facilitado da RM (Ressonância Magnética) tem resultado num aumento da incidência de metástases cerebrais. O prognóstico, sem tratamento, para metástases cerebrais é de 4 semanas enquanto a sobrevivência média para aqueles submetidos a tratamento atinge, em média, os 7 meses.

Objetivos: Abordam-se no trabalho as principais indicações da radioterapia na metastização cerebral bem como alguns aspetos técnicos elementares inerentes ao tratamento. Desenvolvimento: Existem algumas opções no tratamento destas situações tais como a neurocirurgia, a radioterapia estereotáxica e a radioterapia holocraniana. A escolha da técnica a utilizar depende se as metástases cerebrais são solitárias ou múltiplas mas também da performance status do doente ou KPS (Karnofsky Performance Status). A profilaxia com corticoterapia é importante pois contribui na diminuição de sinais e sintomas neurológicos. Serão abordadas de forma sucinta indicações, técnicas e doses aplicadas no âmbito da radioterapia.

Conclusão: Na medicina paliativa, a radioterapia é um importante instrumento. É possível aumentar-se a qualidade de vida dos doentes com baixa toxicidade induzida pelo tratamento. O objetivo primário é o controlo da progressão da doença ainda que apenas localmente por vezes à custa de alguma detioração da função cognitiva. Por outro lado consegue-se em muitos casos minimizar a morbilidade associada a tumores metastáticos intracranianos. É de extrema importância dar a conhecer aos colegas este tipo de tratamento que nem sempre é do total conhecimento dos clínicos que trabalham diretamente na área do Tratamento Paliativo

P 47

Saúde Oral em Cuidados Paliativos: perspectiva holística

Autores: 1. Helena P. Beça, 2. Carla L. Mota, 3. José Frias-Bulhosa

Instituições: 1-2. USF Espinho, Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto - IPP Porto; 3. Faculdade Ciências da Saúde - Univ. Fernando Pessoa, ACeS Baixo Vouga II

INTRODUÇÃO: Os cuidados de saúde oral em indivíduos com doença avançada, incurável e progressiva são uma necessidade fundamental na promoção da qualidade de vida destes doentes com a qual são confrontados os seus cuidadores formais e informais. Alguns dos problemas mais comuns, muitas vezes de difícil orientação, são a xerostomia, a mucosite, a halitose, as alterações do paladar, as infeções e as hemorragias. Isoladamente ou em conjunto, interferem com a alimentação e a linguagem, reduzindo drasticamente o conforto, a auto-estima, a interação social e o bem-estar geral.

OBJECTIVO: Rever as abordagens preventivas e terapêuticas dos problemas do foro estomatológico que mais interferem com a qualidade de vida de doentes em cuidados paliativos.

DESENVOLVIMENTO: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, nas bases de dados Cochrane Library, PubMed, Tripdatabase, Dare, Dynamed, National Guideline Clearinghouse e UpToDate, utilizando os termos MeSH: palliative care e oral health. A pesquisa foi limitada a revisões sistemáticas, artigos de revisão e normas de orientação clínica, publicados desde 2002, em inglês, espanhol e português. As principais alterações descritas ao nível da cavidade oral em doentes em fim de vida respeitam à presença de biofilme oral e resíduos nos dentes, nas estruturas orais adjacentes ou nas áreas de suporte das próteses dentárias, e às alterações quantitativas e qualitativas da saliva, que desencadeiam alterações significativas na mucosa oral, língua, lábios e gengiva. A intervenção dos profissionais de saúde e dos cuidadores informais deve ser direcionada para medidas que eliminem ou reduzam de forma significativa estes factores, prevenindo e minimizando os sintomas referidos à cavidade oral em doentes em cuidados paliativos. Medidas como a higiene apropriada (tipo, frequência, cuidados com as próteses), hidratação das estruturas orais, adequação do tipo, consistência e preparação dos alimentos, evicção, sempre que possível, de determinados fármacos, deteção e tratamento precoce de infeções e outras afecções são fundamentais para o controlo sintomático e o aumento da qualidade de vida destes doentes. A utilização de produtos tópicos e dispositivos orais deve ser criteriosa e adaptada aos doentes em fase terminal. Salienta-se que a realização da higiene é o momento mais oportuno para a valorização de sintomas e a identificação de sinais de alarme e que o registo dos cuidados de saúde oral prestados, as alterações encontradas e as intervenções executadas é fundamental para a melhoria da prestação de cuidados e para a avaliação da efectividade das medidas adoptadas.

CONCLUSÃO: A valorização conceptual da importância da prestação de cuidados orais

no quotidiano da prática em Cuidados Paliativos poderá ser um caminho válido para evitar cuidados que são prestados de forma pouco sistemática, com baixa prioridade e muitas vezes invisíveis nos registos dos doentes em fim de vida.

P 48

As feridas malignas e o impacto na qualidade de vida do doente

Autores: Helena Fernandes (médica) - Andreia Ramos (enfermeira) - Ana Marques (enfermeira) - Carla Gaspar (enfermeira) - João Cadete (enfermeira) - Catrina Sequeira (enfermeira) Instituição: L. Nostrum SA

Introdução: No âmbito do VI Congresso de Cuidados Paliativos, consideramos relevante a participação neste evento, apresentando o impacto das feridas malignas na prestação de cuidados na nossa Unidade de Cuidados Paliativos. Os cuidados paliativos são cuidados activos, coordenados e globais, prestados às pessoas com doença crónica, progressiva, avançada e incapacitante, com o grande objectivo de promover, tanto quanto possível, o bem-estar e a qualidade de vida destes doentes. Este tipo de cuidados afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural. Proporcionam um alívio de sintomas e oferecem uma rede de apoio para que as pessoas doentes e as suas famílias lidem com o seu processo de doença e de luto. As alterações a nível cutâneo (feridas malignas), alimentação, hidratação, dor, dispneia, entre outros, são exemplos de sintomas difíceis, sobretudo em cuidados paliativos. Neste contexto, surgiu o interesse comum na abordagem deste tipo de feridas, denominadas Feridas Malignas, nomeadamente no que diz respeito à intervenção sob a perspectiva dos cuidadores formais. O tratamento a feridas malignas pode ser complexo, mas exige que os profissionais compreendam e estejam cientes das implicações que estas podem ter na qualidade de vida do doente.

Objetivos: - Compreender as diferentes formas de tratamento dos sintomas decorrente das feridas malignas, com base na literatura existente. - Melhorar a qualidade dos cuidados prestados no que concerne ao tratamento de feridas malignas com vista ao aumento de qualidade de vida do utente. Metodologia: Desta forma, surge-nos a seguinte questão de partida: Qual a perspectiva dos cuidadores formais sobre o tratamento de feridas malignas, em contexto de unidade de internamento de cuidados paliativos? No sentido de responder à questão supracitada, optamos por realizar uma revisão sistemática da literatura, com consequente análise de conteúdo e reflexão crítica. Em consequência da questão de partida, seleccionamos as seguintes palavras-chave: Cuidados de Paliativos; Feridas Malignas; Qualidade de vida.

Conclusão: Da pesquisa efectuada salientamos a necessidade de realização de estudos que apresentem conclusões a nível da eficácia da analgesia profilática para controlo da dor, bem como o controlo de outros sintomas, como exsudado e o odor. A valorizar para além do sofrimento físico o impacto que este tipo de feridas tem na qualidade de vida do doente, foco principal dos cuidados paliativos, nomeadamente no que respeita à auto-imagem, auto-estima e relacionamento interpessoais. Desta forma tentamos sensibilizar os cuidadores formais para a complexidade do tratamento a feridas malignas, no sentido de promover uma melhoria da prática clínica.

P 49

Cuidados Paliativos e estomaterapia – Uma visão holística – Um trabalho em parceria

Autores: Enf.^a Lucinda Marques (Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz); Enf.^a Inês Ferreira (Cirurgia do Hospital da Luz); Enf.^a Raquel Flores (Oncologia do Hospital Amadora Sintra); Enf.^a Sofia Marques (Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Barreiro)

Trata-se de um estudo de caso, que visa explorar as mais-valias da parceria Estomaterapia/Cuidados Paliativos no acompanhamento do doente ostomizado em sofrimento.

A pessoa ostomizada depara-se com perda da integridade corporal, sofre alterações a nível da sua auto-estima e imagem corporal, enfrentando inúmeras dificuldades tanto físicas como emocionais e psicossociais, que condicionam a sua dinâmica e estilo de vida. Para o ostomizado ter qualidade de vida necessita de ser cuidado através de uma filosofia holística por uma equipa multidisciplinar durante todas as fases do internamento. Após alta o doente/família devem ter um acompanhamento especializado pelo enfermeiro estomaterapeuta. Nesta fase o enfermeiro estomaterapeuta deve garantir ao ostomizado/família um atendimento personalizado, ajudando a escolher e adaptar os dispositivos de forma individualizada, instruindo para a sua correta utilização, promovendo o auto-cuidado e a participação da família. Todo este processo é essencial para o doente/família restabelecer a autonomia, equilíbrio psicológico e reintegração social o mais precocemente possível. É contudo de salientar o contributo dos cuidados paliativos, nomeadamente no controlo de sintomas, e apoio espiritual e familiar através de perícias comunicacionais.

Como considerações finais destaca-se:

A condição de ostomizado impõe alterações no estilo de vida com implicações profundas quer a nível pessoal (físico, emocional e psicossocial) como familiar.

A condição de ostomizado surge na vida de cada sujeito como algo não esperado, com implicações mais ou menos profundas na qualidade de vida da pessoa e família.

A marcação do estoma por perito assume um papel fundamental no processo de reabilitação pois sua ausência pode dificultar ou mesmo impedir a recuperação da autonomia para a sua nova condição. O acompanhamento da pessoa e família, por Enfermeiros Estomaterapeutas em parceria com a equipa de cuidados paliativos, desde o pré-operatório, revela-se deste modo um elemento facilitador no processo de reabilitação psicomotora e reinserção social.

Tendo em conta a complexidade da condição de ostomizado almeja-se a complementaridade da atuação em equipa interdisciplinar.

P 50

Não sei como pode doer tanto

Autores: Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, Maria Clara Lopes Peixoto Braga, Cláudia Angelica Souza, Tania Filipa Santos Costa

Instituição: Universidade Católica Portuguesa, Porto

Introdução: A dor é muitas vezes abordada pelos profissionais de saúde, segundo uma perspectiva meramente biológica, e portanto despreendida dos restantes domínios, que hoje sabemos, serem essenciais considerar para uma fiável avaliação e tratamento. Tais domínios foram conceptualizados por Cicely Saunders, que através da Teoria da Dor Total, reconhece a influência psicológica, social, física e espiritual na experiência da dor. Apesar de empiricamente, facilmente se depreender a interação dos domínios anteriormente referidos e da sua relação com o meio ambiente, a realidade atual demonstra que a parceria com uma equipa diferenciada possibilita controlar a dor. Objetivos: Demonstrar a importância da avaliação da dor total e intervenção personalizada de acordo com as necessidades do doente/família em cuidados paliativos. Enfatizar a importância da interpretação do fenómeno doloroso, não só somente na dimensão física, mas também na dimensão emocional, social e espiritual. Desenvolvimento: Em cuidados paliativos, o controlo da dor torna-se uma variável essencial contudo, a dor deve ser considerada uma experiência individual, sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual ou potencial, ou descrita em termos de tal dano. De facto, os profissionais de saúde devem assumir a dor tal como o doente a vivencia pois esta trata-se de um acontecimento somático e psíquico influenciado pelo estado psicológico e significado que o doente lhe atribui. Neste estudo de caso destacou-se a influência da dor social, espiritual, psicológica e física na conceção da dor total, sendo planeada uma intervenção direccionada às necessidades do doente que considerou intervenções de carácter autónomo e interdependente marcadas pela inclusão familiar e que culminaram num fim de vida digno e sereno em contexto domiciliário. A conjugação da tríade doente/família e equipa permitiram o controlo de sintomas associados à dor total e um cuidar centrado no doente. Conclusão: Para uma adequada intervenção é fundamental controlar a dor física e outros sintomas concomitantes, bem como, controlar simultaneamente todos os outros fatores geradores de sofrimento. Para tal, é imprescindível que os sintomas sejam avaliados e identificados de forma a dar resposta às necessidades e problemas reais dos doentes/família, mas igualmente, considerar a parceria de todos os intervenientes na tríade.

P 51

A importância dos cuidados à boca em Cuidado Paliativos

Autores: Andreia Ramos; Carla Gaspar; Ana Marques; Catarina Sequeira; Elisa Domingues; João Cadete; Helena Fernandes

Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos L NOSTRUM

No âmbito dos Cuidados Paliativos, estão inerentes os cuidados à boca, do doente, sobretudo nos últimos momentos de vida. Este tipo de cuidados tem um grande impacto sobre o doente, uma vez que interferem diretamente no estabelecimento de relações interpessoais e consequentemente na sua qualidade de vida. Na nossa equipa de cuidados paliativos, nas diferentes categorias profissionais, entendemos que é sempre possível fazer algo mais para melhorar os cuidados prestados com vista à qualidade de vida do doente. Desta forma, surge o nosso interesse por este tema: A importância dos cuidados à Boca em Cuidado Paliativos, emergindo após a partilha de vivências e opiniões da equipa. Uma vez que a relevância atribuída a este tipo de cuidados é frequentemente enfatizada quer por doentes, quer por familiares e com vista a proporcionar-lhes maior conforto e bem-estar, desenvolvemos esta pesquisa. Assim, parece-nos evidentes os constrangimentos que os doentes sentem quando este tipo de cuidados são menosprezados, desvalorizados ou nem sequer prestados. Dai o nosso interesse em aprofundar conhecimentos relacionados com esta temática, deste modo traça-mos como objetivos: - Identificar os problemas mais frequentes que são possíveis de diagnosticar aquando dos cuidados à boca. - Identificar os mecanismos de atuação adotados pelos profissionais aquando da existência de alterações a nível da mucosa oral. De modo a atingirmos os objetivos propostos utilizamos uma metodologia descritiva e analítica, baseada na pesquisa bibliográfica. A realização deste trabalho sobre o tema A importância dos cuidados à Boca em Cuidado Paliativos, exigiu de nós o relembrar conceitos necessários à compreensão do tema, nomeadamente: xerostomia, mucosite, placas ou crostas, infeção orais, tumores malignos da cavidade oral. Em suma, concluímos: - Que este tipo de cuidados carece de uma avaliação abrangente, contemplando historia clínica, observação da mucosa oral, alguma investigação e o recurso a escalas de avaliação; - Que o controlo e prevenção de lesões da boca garantem o bem-estar do doente, facilitam a comunicação e a socialização evitando o isolamento social; -Que este tipo de cuidados previne ou trata as alterações da mucosa oral relacionada com efeitos secundários de determinadas terapêuticas ou patologias.

Tema: Epidemiologia

P 52

Experiência da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos de um hospital central

Autores: Júlia Alves, Elga Freire, Isabel Barbedo, Joana Mirra, Margarida Pinheiro, Sara Moreira, Margarida Branco

Instituições: Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: De acordo com as recomendações nacionais e internacionais, nomeadamente com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, foi organizada uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos de um centro hospitalar, com início da actividade clínica a 3 de Outubro de 2011.

Trata-se de uma equipa móvel multidisciplinar, integrada no Departamento de Medicina, com formação avançada em Cuidados Paliativos, constituída por duas médicas, duas enfermeiras, uma assistente social, uma psicóloga, uma psiquiatra e uma secretária. Apenas uma enfermeira está a tempo completo na equipa. Conta também com a colaboração de consultores em várias áreas, nomeadamente: dor, nutrição, farmácia e oncologia.

Tem por finalidade a consultadoria a doentes adultos terminais oncológicos e não oncológicos internados no centro hospitalar (excepto serviço de urgência), com sintomas não controlados e a sensibilização/formação aos profissionais de saúde que lidam com doentes terminais.

A partir do dia 20/03/12, a equipa passou também a transferir todos os doentes paliativos internados, com necessidade de ingresso, nas diferentes tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Os autores descrevem o trabalho clínico desenvolvido pela equipa num período de 10 meses.

Objetivos: Avaliação e divulgação do trabalho clínico desenvolvido pela equipa desde o seu início de actividade.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo exploratório descritivo de todos os doentes avaliados pela equipa no período de 10 meses, de 3/10/2011 a 3/08/2012.

Para além do pedido de consulta interna, a equipa desenvolveu uma base de dados específica no Processo Clínico Electrónico. Esta base de dados inclui informação sobre: identificação do doente, data da referenciação, data da 1ª observação, identificação do Centro de Saúde/médico de família, dados do cuidador, diagnósticos, motivo do pedido de colaboração, informação clínica, intervenções da equipa, escalas de avaliação, destino dos doentes.

Os resultados apresentados resultam da análise destes documentos.

Resultados: No período de 3/10/2011 a 3/8/2012 a equipa recebeu 160 pedidos de consulta interna e avaliou 150 doentes. Dez doentes faleceram antes da avaliação da equipa.

A resposta aos pedidos foi em 24h, excepto em 20 doentes.

Oitenta e dois homens, 68 mulheres, médias de idades de 68,7 anos (32-98 anos).

Cento e nove doentes tinham doença oncológica (cabeça/pescoço, mama, digestiva, genitourinária, Sistema Nervoso Central) e 41 doença não oncológica (doenças neurológicas, SIDA, insuficiência cardíaca, respiratória, renal e hepática).

Serviços: Medicina (54), Cirurgia geral (34), Otorrinolaringologia (11), Neurologia (11), Gastroenterologia (8), Urologia (6), Cirurgia Maxilo-facial (4), Traumatologia Crânio-Encefálica/Neurocirurgia (3), Unidade Intermédia Médica (3), Cuidados Intensivos (3), Endocrinologia (2), Ortopedia (2), Ginecologia (2), Cardiologia (2), Infeciologia (1), Hematologia (1), Nefrologia (1), Cirurgia Vasculiar (1), Unidade de Transplante Hepático-pancreático (1). Os motivos de pedido à equipa são em maior número para controlo sintomático: 298 de um total de 542.

Foram efectuadas 519 consultas médicas e 673 de enfermagem.

Quanto aos resultados/orientação dos doentes avaliados pela equipa:

Cinquenta e oito doentes foram referenciados para a RNCCI (36 para Unidade de Cuidados Paliativos - UCP; 21 para Equipas Comunitárias de Cuidados Continuados Integrados - ECCI; 1 para Unidade de Convalescença; 2 foram para Lar; 24 foram para domicílio com apoio do Centro de Saúde; 64 doentes faleceram no internamento (12 foram referenciados para RNCCI, mas faleceram antes da transferência); 2 doentes foram transferidos para UCP pela Equipa de Gestão de Altas - EGA.

Conclusão: Como era expectável há um maior número de doentes oncológicos referenciados para a equipa, contudo o aumento progressivo de pedidos de colaboração para doentes não oncológicos em múltiplas especialidades pode traduzir uma maior sensibilização/informação dos profissionais de saúde e também traduz a aceitação e o reconhecimento do trabalho desenvolvido pela equipa.

Desde que a equipa iniciou a transferência de doentes para a RNCCI em Março de 2012, o número de transferências para UCP e ECCI tem vindo a aumentar.

De salientar que a referenciação dos doentes para a equipa é muito tardia, quer em relação à evolução da doença quer aos dias de internamento.

P 53

Casística de uma equipa de cuidados continuados integrados. Existem doentes em cuidados paliativos?

Autores: Cláudia Souza, Clementina Mendonça, Docília Dinis, Josefina Moraes, Cândida Carvalho, Eduardo Castro, Estela Cruz

Instituição: Equipa de Cuidados Continuados Integrados - Barcelinhos

Introdução: As equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) pertencem a Rede Nacional de Cuidados Continuados e prestam serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio, conforme artigo nº1 do art.27, do Decreto-lei n.100/2006 de 6 de Junho. Os autores apresentam a casística de uma equipa de cuidados continuados integrados com capacidade de admissão de 20 doentes no período de 23/03/2011 a 06/08/2012. Foram identificados os doentes em cuidados paliativos que são cuidados prestados a doença com doença incurável, em fase avançada e nestes foram analisados suas característi-

cas, entre as quais diagnóstico, sintomas e evolução.

Objetivos: Descrever os doentes referenciados para a ECCL e que tem características de tipologia de cuidados paliativos no período de Março de 2011 a Agosto de 2012.

Desenvolvimento: No período de Março de 2011 a Agosto de 2012 foram referenciados 72 doentes, 61 indicados para reabilitação motora ou cinesioterapia, 5 para tratamentos de feridas para tratamento de feridas, 10 para seguimento pos operatório e 4 para outras finalidades. Identificados 26 doentes com tipologia de cuidados paliativos sendo 6 oncológicos e 20 não oncológicos, sendo 65,4% mulheres e 34,6% homens. Também foram caracterizados entre oncológicos e não oncológicos, tempo de permanência na ECCL e destino.

Conclusão: As Equipas de Cuidados Continuados Integrados são serviços de prestação de cuidado primário que podem dar resposta satisfatória na área não só da reabilitação e tratamento de feridas, como também apoio aos doentes em cuidados paliativos. É necessário formação contínua, disponibilidade de material e apoio das unidades hospitalares quando necessário, seja em consultoria como também no internamento do doente caso o controlo de sintomas que não possa realizados no domicílio.

Tema: Espiritualidade

P 54

A expressão da Espiritualidade nos doentes paliativos em contexto domiciliário

Autores: Maria José Pacheco; Cristina Francisco; Mickael Silva; Liliana Rodrigues

Instituições: UCC DALagoa; Equipa de Cuidados Continuados de Lagoa - ACES Barlavento

Introdução: A espiritualidade configura uma experiência subjectiva que incorpora saúde emocional e preocupações acerca do sentido da vida. É uma dimensão que engloba atitudes, crenças, sentimentos e práticas que vão para além do estritamente racional e material.

Objectivo: Reflectir sobre a importância da abordagem da espiritualidade, nos doentes paliativos, em contexto domiciliário.

Desenvolvimento: A espiritualidade, apesar de ser considerada um aspecto muito importante, presente em todos os doentes terminais, que se repercute no seu bem-estar geral e na sua qualidade de vida é, muitas vezes, negligenciada dada a dificuldade que os profissionais de saúde sentem na abordagem desta dimensão, tendo em conta as suas peculiaridades que implicam uma intervenção distinta daquela que é utilizada para outros aspectos mais concretos como o controlo de sintomas. Foram desenvolvidos vários instrumentos (escalas e questionários) com o propósito de reconhecer e avaliar as necessidades espirituais dos doentes terminais, mas não existe consenso quanto à utilidade da aplicação destes instrumentos e menos ainda acerca de qual seria o mais adequado. Alguns autores defendem a criação de um instrumento simples, tendo em conta que os doentes preferem conversar do que responder a questionários. O instrumento adequado deverá ter por base as técnicas de comunicação: perguntas abertas, escuta activa, silêncios e contacto físico. Vários estudos demonstraram que os aspectos espirituais, expressos através de conceitos como: o sentido da fé; empoderamento e confiança; viver com sentido e esperança, influenciam a evolução dos doentes, reflectindo-se no seu bem-estar e qualidade de vida.

Conclusão: Na ausência de consenso e evidência científica sobre a melhor forma de proporcionar apoio espiritual, recomenda-se que este apoio seja parte integral do plano de cuidados, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados, com base nos princípios da comunicação efectiva. É importante considerar as diferenças culturais na abordagem da espiritualidade e evitar a exclusão dos doentes pertencentes a culturas distintas daquelas dos profissionais de saúde.

P 55

As crenças religiosas e a morte nas 3 maiores religiões do mundo

Autores: George Shinagawa Junior; Eduardo Carqueja

Instituições: Universidade do Porto, Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO: De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (2002), os Cuidados Paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais. Desta maneira é possível perceber que trata-se de um cuidado que engloba todas as esferas do ser humano, sendo necessário um tratamento individualizado que será executado por uma equipa multidisciplinar juntamente com o paciente e sua família. Este tratamento individualizado inclui obter uma maior informação sobre o doente e sua biografia, numa tentativa de fazer com que a equipa consiga compreender a percepção de realidade da pessoa a ser cuidada, assim como a sua percepção espiritual e psicossocial. Atualmente no século XXI deparamos ao máximo com a movimentação populacional de Norte a Sul, de Leste a Oeste. Barreiras como oceanos e mares que antigamente separavam grupos populacionais em determinados locais já não são empecilhos. O desenvolvimento e a evolução das sociedades está a ocorrer de uma maneira acelerada acompanhada das evoluções tecnológicas, com ganhos nas mais diversas áreas. A movimentação torna-se fácil e acessível. Países fusionam em blocos, permitindo a livre circulação de mercadorias e pessoas entres estes. Desta maneira em um contexto clínico e hospitalar torna-se muito comum atualmente o cuidado de uma população com uma diversidade social e cultural.

E o seres humanos, quando confrontam doenças graves ou mortalidade iminente geralmente buscam significado existencial e espiritual de suas vidas. Para essas pessoas, o momento de fim de vida transforma-se no momento de reafirmação da fé, em busca de uma morte pacífica. E por essas razões a compreensão de uma equipa médica pode ser importante para ajudar na promoção da qualidade de vida espiritual destes pacientes (Puchalski et al, 2005).

OBJETIVOS: Fornecer uma visão geral das três maiores religiões do mundo Cristianismo, Hinduísmo e Islamismo, com ênfase no sofrimento e morte Não tem o intuito de descrever detalhadamente os tipos e subtipos de cada religião, mas compreendê-las de uma maneira generalista afim de que uma equipa médica consiga entender e respeitar as diferenças religiosas existentes em uma sociedade cada vez mais heterogênea. Sabe-se que as crenças religiosas e culturais podem influenciar as decisões relacionadas a saúde em fim de vida e também ajudam a equipa a compreender melhor o sofrimento alheio e o seu próprio.

DESENVOLVIMENTO: Cristianismo: Há vários ramos, incluindo a Católica Romana e as protestantes, mas de uma maneira geral ela é baseada na vida de Jesus Cristo, filho de Deus que veio a terra como homem devido o amor e compaixão por estes. Através do seu sofrimento e ressurreição acaba por prover o caminho para os cristãos seguirem suas vidas, conforme lidam com o seu próprio sofrimento e morte. A visão do sofrimento cristão tem como base o facto de Jesus ter sido o cordeiro sacrificado, que tirou os pecados da humanidade. Mas não devese tomar como exemplo essa atitude, e sim aceitar o próprio sofrimento, estreitando os laços com Deus. A igreja Católica refere que os homens devem ser livres de dor o tanto quanto possível, para poderem morrer confortavelmente e de maneira digna. Outros entendem o sofrimento de Cristo como uma maneira de compreender o sofrimento de suas próprias vidas e estar próximo a Deus. Por acreditarem na vida eterna, a grande maioria dos cristãos percebem a morte como uma transição para uma outra vida. A relação que os crentes tem com Deus através da graça de Jesus e do Espírito Santo permanece eternamente. E a vida eterna é compreendida como uma experiência de completo conhecimento divino e sua união com Ele. A presença de líderes religiosos oferece conforto ao paciente, com rituais a serem realizados antes e após o processo de morte. Hinduísmo: Tem origem nos arianos antigos, que migraram para o Sul da Ásia. Há também várias escolas distintas, mas com conceitos comuns entre eles. As tradições visam promover o viver com integridade, não malfélicidade e progressão do caminho espiritual. Vive-se de acordo com o dharma (diretrizes ou padrões de vida sagrados). O principal enfoque da vida consiste no desapego com as matérias e assuntos terrenos, que são ilusórios e temporários, para então voltar-se perante Deus. Para isso há quatro caminhos que podem ser seguidos: devoção, ação, conhecimento e concentração. Acreditam que o sofrimento mental e físico é decorrente do desenvolver do karma, definido como ações decorrentes da vida atual e das vidas passadas (Chantal et al, 2003). O sofrimento não é considerado punição, mas uma consequência natural das leis do universo em resposta a uma atitude cometida no passado. Desta maneira, lidam com o sofrimento através da aceitação de que esta é somente consequência e não algo aleatório. E por mais que o corpo sinta a dor, a alma não é afetada. Acreditam na reencarnação, algo cíclico e passível de sofrimento até atingir o moksha, ou liberação, quando já não se reencarna e o espírito é liberado em um novo plano de existência. Alguns pacientes passar a sensação de passividade devido o fatalismo com que encaram a sua situação, muita vezes incapazes de mudar sua situação ou temerosos ir contra os desígnios do karma. A morte é precedida de vários rituais para que a reencarnação ocorra da melhor maneira possível. Islamismo: O islamismo data do século VII d.C e tem como fundamento as revelações orais que Maomé recebeu de Deus, por um período de vinte anos. Ele as copiou em um livro sagrado denominado Corão. Maomé tornou-se o profeta, único capaz de informar os desejos de Deus a humanidade. Também há vários ramos do islamismo, mas a crença central é a de que Alá é o único Deus e Maomé o seu profeta. A autoridade escrita é o Corão e as orações são de extrema importância para um muçulmano. Para isso há cinco pilares que o muçulmano deve basear: o Sahadah, dizer o ritual cinco vezes após limpar-se, esmola compulsória, jejum durante o mês de Ramadã e a ida a Mecca. A religião islâmica tem como tema principal o perdão, conferido por Alá. Ele é o único capaz de fornecer perdão e redenção dos pecados, e o caminho para isto gira em torno de uma forte fé na Sua glória e na adesão total dos cinco pilares. A recusa em aceder aos desejos de Alá é um pecado só perdoado através do arrependimento e de uma mudança de estilo de vida. O perdão pode ocorrer até mesmo no último instante de vida, se possível. Os muçulmanos acreditam em vida após a morte, sendo esta vida apenas um teste em direção a outra vida. Para o Corão, a vida após a morte é tão real como a que se vive. Por isso encoraja-se os muçulmanos a praticar boas ações, num preparo para a próxima vida. A morte acaba por ser uma ligação ente elas. O sofrimento é visto como um teste de fé e parte da vida. Acreditam que o sofrimento e as doenças ocorrem para que as pessoas cuidem melhor da sua saúde e dos valores que realmente importam. Ao mesmo tempo tratamentos para reduzir a dor são permitidos, pois segundo o Corão: Alá não mandou a doença, mas a medicação... E há vários rituais que ocorrem antes e após a morte de um paciente muçulmano.

CONCLUSÃO: Todas as pessoas, independente da fé, anseiam por uma experiência pacífica ao morrer. Os profissionais de Cuidados Paliativos tem os recursos propícios para fornecer dignidade e o mínimo de sofrimento durante o processo de enfrentamento de uma doença. Ter sensibilidade para compreender as diferenças permite uma avaliação mais completa e um melhor planeamento que garante uma morte pacífica, congruente com as crenças do paciente, familiares e comunidade. Uma abordagem holística exige o entendimento das crenças, práticas e costumes culturais. Com as fronteiras abertas e a migração populacional do Oriente para o Ocidente, torna-se crucial para os médicos e enfermeiros serem transculturais em relação as necessidades espirituais dos seus pacientes. Melhorar a comunicação e o respeito mútuo é a base para atingir o melhor tratamento médico com menor chances de conflitos com o paciente e familiares, além

de promover uma satisfação de um cuidado melhor a equipa. A avaliação e histórico espiritual são vitais para a implementação de um cuidado holístico, prevenindo confrontamentos e constrangimentos, e garantindo uma melhor qualidade de vida para o doente. As crenças espirituais e religiosas podem ser importantes para aqueles que estão a morrer. A religião ajuda as pessoas a compreender o mundo em que vivem, transcender os estresses e sofrimentos que este proporciona, e estreita os relacionamentos, com os outros e com Deus. Ajudam a enquadrar um significado e propósito em relação a uma existência desordenada e imprevisível. O interessante em resumir as diferentes religiões é perceber quanto semelhantes elas são. E como elas podem ser benéficas para a tão almejada boa morte”.

Tema: Ética

P 56

Suicídio e respeito pelo princípio de autonomia e vontade expressa pelo doente que limites e quais os sentimentos dos profissionais de uma equipa de cuidados paliativos

Autores: Alexandra Gonçalves (1), Emília Fradique (1), Alexandra Ramos (1), Alexandra Coelho (1), Sandra Pereira (2)

Instituições: 1 Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE; 2 Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, Universidade dos Açores

Introdução: Uma doença crónica ou avançada é um importante factor de risco para o suicídio. Impedir um doente de atentar contra a sua própria vida e intervir evitando que venha a morrer após tal tentativa será uma obrigação para qualquer profissional de saúde. Contudo, situações de final de vida e prognósticos muito reservados podem gerar alguma discussão deontológica quanto à melhor forma de manejar esse risco, sobretudo quando a filosofia de intervenção se centra no doente e na sua autonomia decisória.

Objectivos: 1) discutir as singularidades de um caso clínico exemplar de ameaça inequívoca e tentativa de consubstanciar suicídio por parte de um doente acompanhado por uma equipa de cuidados paliativos; 2) explorar como se perspectivam os elementos envolvidos face a um parecer ético emanado a propósito.

Material e métodos: Revisão do processo clínico, levantamento sumário dos factos e das diligências desencadeadas a propósito. Solicitou-se ao médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social que geriram a situação que, por escrito e com um limite de 2000 caracteres, reflectissem sobre a forma como, enquanto profissionais de uma equipa de Cuidados Paliativos encararam o teor do parecer emanado pela Comissão de Ética da instituição. Um autor (externo à equipa) procedeu à análise de conteúdo das respostas enviadas de forma anónima (software NVivo 9).

Resultados: Uma ameaça e tentativa de suicídio frustradas e a subsequente recusa em prosseguir tratamentos, alimentar-se e hidratar-se por parte dum homem de 71 anos, viúvo, com um tumor da língua recidivado mas com resposta quase completa à quimioterapia de 1ª linha gerou um pedido de parecer ético. Nesse documento, oficialmente enviado vários dias após o óbito, reiterava-se o direito do mesmo escolher os procedimentos que desejasse receber, salientando-se a pouca eficácia de intervenções farmacológicas ou não farmacológicas perante o que parecia ser uma situação de sofrimento extremo. Da análise de conteúdo da forma como os profissionais se perspectivaram face ao documento emergiram 4 categorias: 1) o respeito absoluto pela vontade do doente; 2) os sentimentos dos profissionais com 3 subcategorias 2.a) impotência face à incapacidade de conseguir aliviar sofrimento, 2.b) proporcionar felicidade na infelicidade e 2.c) tristeza; 3) o conflito ético intra-equipa e 4) a perspectiva da equipa quanto ao parecer da Comissão de Ética com 2 subcategorias 4.a) expectativas quanto ao parecer e 4.b) parecer convergente com anseios da equipa.

Conclusões: Um doente que explicitamente manifesta poder atentar contra a sua integridade física, mesmo quando em situação de doença avançada constitui um desafio para qualquer equipa. Situações de elevada complexidade, como a apresentada, são também emergências no seio dos Cuidados Paliativos. Geram dúvidas, dilemas e sentimentos de impotência nos profissionais mas também a certeza de acima de tudo há que responder ao sofrimento, com um respeito absoluto pela vontade do doente.

P 57

Agonia e qualidade de vida questões éticas

Autores: Ana Duarte; Ana Rita Ferreira; Andreia Ramos; Catarina Sequeira; Helena Fernandes

Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos LNostrum

Introdução: No âmbito do VI Congresso Nacional de Cuidados Paliativos apresentamos um Estudo de Caso e reflexões da equipa sobre o internamento de uma utente em fase agónica na nossa unidade de cuidados paliativos. Discutem-se algumas questões éticas sobre cuidados em fase agónica, apoio ao utente e família, repercussões sobre a equipa. Objectivos: Estudo de caso; Refletir sobre as repercussões no doente; Refletir sobre as repercussões nos seus cuidadores informais; Refletir sobre o impacto nos profissionais; Refletir sobre a importância dos cuidados paliativos no apoio em fase agónica; Refletir sobre a necessidade de alertar os profissionais que não os de cuidados paliativos sobre os mesmos e em particular a fase agónica.

Desenvolvimento: A metodologia aplicada foi a de estudo de Caso com análise da bibliografia específica, consulta do processo clínico e reflexão em equipa sobre este caso. Descreve-se a situação clínica, o seu desenvolvimento ao longo do internamento e intervenções da equipa em todos os aspectos clínico, social, emocional, espiritual, etc. Tecem-se algumas reflexões de carácter geral e do foro ético sobre o acompanhamento em fase agónica e os cuidados a prestar.

Conclusão: Pretende-se evidenciar a importância e benefícios da intervenção atempada de uma equipa de cuidados paliativos, com a finalidade de prevenir o sofrimento e proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. Salienta-se o impacto desta situação clínica sobre a equipa, as questões de ética levantadas, a relevância da informação honesta junto do doente e família, a gestão de expectativas, entre outras. Ressalta a necessidade imperiosa de reconhecer uma fase agónica e o direito ao controlo de queixas, respeito pelo fim de vida e dignidade da pessoa na morte, assim como as necessidades dos familiares e repercussões no luto.

P 58

Querer é poder

Autores: Cláudia Souza, Conceição Castilho, Hermâni Gouveia

Instituições: Médica assistente em Medicina Geral e Familiar da Unidade Saúde Familiar de Viadatos, Médica do ACES Cavado III Barcelos / Esposende extensao da lama, Pos Graduado em Cuidados Paliativos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Introdução: A terminalidade da vida é algo inerente a todo o ser humano. Atualmente, a questão do cuidado de fim de vida tornou-se significativa na nossa sociedade. A Ética Médica baseia-se num conjunto de princípios fundamentais da tradição hipocrática e no reconhecimento dos direitos humanos. Esta temática toma particular relevância nos Cuidados Paliativos, dado que são cuidados prestados aos doentes com doença avançada, incurável e progressiva, e às suas famílias, tendo como finalidade a dimensão física, social, psicológica e espiritual com o intuito de melhorar a qualidade de vida do doente, adaptando os cuidados às suas necessidades.

Objetivos: Descrever um caso clínico e sua correlação com os princípios éticos.

Desenvolvimento: O caso clínico refere-se a uma doente de 82 anos, com diagnóstico melanoma da cavidade oral avançado e seguida na consulta hospitalar em cuidados paliativos. Comunicada a médica de família a alta do internamento da unidade de cuidados paliativos, foi programada uma visita ao domicílio. A doente demonstrou desde da primeira visita, possuir conhecimento de sua doença e que preferia ser seguida em casa, apenas seria observada no hospital se fosse necessário, já que sua mobilidade estava agravada devido astenia e patologia osteoarticular avançada estando totalmente dependente das atividades da vida diária exceto para mobilidade (locomoção) que contava com auxílio de andariço. No exame inicial apresentava tosse, rouquidão, disartria e disfagia para líquidos. Após conferência familiar foi programado plano de cuidados em conjunto com a equipa de cuidados primários com apoio por telefone da equipa hospitalar tendo apresentado duas intercorrências de infeções respiratórias com resolução satisfatória. Após 3 meses, o cuidador principal, através de telefonema, informa a médica de família de desconforto súbito da doente, sendo imediatamente observada e devido a doente se encontrar consciente foi-lhe comunicado o agravamento do seu quadro clínico assim como aos seus familiares. Esta pediu que queria ser levada para o hospital. O transporte é efetuado pelos bombeiros na companhia da sua médica de família para o hospital com prévio conhecimento e autorização do serviço de urgência hospitalar. O esposo seguiu no carro da família junto com filho e nora. A doente acaba por falecer na ambulância, tranquilamente de mãos dadas com a médica de família. A aplicação dos princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da autonomia, da justiça foi identificada durante o acompanhamento da doente assegurando a dignidade e o respeito pela pessoa.

Conclusão: A aplicação dos princípios da bioética aos doentes sem possibilidade de cura é um elemento inerente à filosofia dos cuidados paliativos. Estes asseguram uma assistência o mais completa possível à pessoa que se encontra na última etapa da vida de um modo verdadeiramente humano. No respeito pela pessoa, um dos princípios fundamentais é o reconhecimento da mesma como indivíduo autónomo, único e livre. O respeito assegura que a dignidade seja valorizada. O envolvimento da equipa de saúde é fundamental para uma aplicabilidade destes princípios para que profissionais, doente e família possam identificar os pontos fortes e as fragilidades, de modo a discutir soluções de mudança.

P 59

Estratégias de Evidência no Sofrimento

Autores: Rui Fernandes; Henrique Pereira; Carla Ventura; Esmeralda Sousa; Neisa Gomes

Instituições: Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Pulido Valente

Como lidar com Sentimentos, emoções no cuidar de doentes/família em sofrimento estratégias de evidência do profissional de saúde.

Estratégias de evidência no sofrimento

O sofrimento é um estado de desconforto grave provocado por uma ameaça actual ou percebida como eminentemente à integridade ou à continuidade da existência da pessoa como um todo. Para além do carácter universal do sofrimento humano, é fundamental realçar a natureza pessoal da experiência do sofrer.

Em cada indivíduo, o seu eu embora estruturado sobre uma base mental, provavelmente comum entre todos da sua espécie, resulta da capacidade de atualização permanente do estado de realidade interna e externa, permanecendo verdadeiramente específico e próprio de cada pessoa. Sobre essa matriz neural desenvolve-se em cada um de nós um sujeito com uma história de vida cujas idiosincrasias e contingências tornaram irreplicável. Surgem como objectivos a identificação de estratégias para o profissional de saúde não se deixar invadir pelas emoções e sentimentos suscitados pela doença, sofrimento e morte do outro; controlo das emoções no cuidar em situações de grande sofrimento.

Vivenciar a dor e o sofrimento com menor receio aproxima-nos de nós mesmos, levando-nos ao auto-conhecimento; essencial para o nosso equilíbrio.

Não sendo tarefa fácil compreender e aceitar que o sofrimento existencial é um componente da nossa dinâmica de vida.

É de elevada importância viver, experienciar vários sentimentos e emoções, mas é igualmente importante saber que é possível o distanciamento dos mesmos. Se não nos permitirmos experimentar efectivamente o que está a acontecer, não será claro do que nos estamos a desapegar. Pode-se encarar como normal o emergir no interior de cada pessoa estratégias de evicção de situações de muito sofrimento como mecanismo homeostático, preventivo, protector visando conseguir um adequado distanciamento, facilitador de uma relação terapêutica, empática e não permitir que esta se deteriore, se perca. Caso contrário, seria o desmoronar de uma estrutura de apoio/assistência tão necessária ao doente/família, deixando de haver ajuda técnica.

O distanciamento emocional adequado não significa a fuga e o abandono de alguém que está numa fase crítica da sua vida e, mais do que nunca, precisa da presença e de sentir que estão sempre disponíveis para o ajudar.

Conclui-se que é necessário um grande envolvimento profissional e um adequado distanciamento profissional, estabelecendo limites no envolvimento, no relacionamento funcionando como barreira ou protecção contra a agressão das emoções, minimizando o impacto emocional.

Deseja-se um profissional de saúde preparado técnica e psicologicamente para lidar com situações de enorme tensão/sofrimento, ser responsável, não se resignar, não desistir, ser forte (diferente de invulnerável) prestando os cuidados apropriados à pessoa/família.

O envolvimento em demasia, o aprisionar no sofrimento do doente/família não é benéfico para o doente nem para o profissional, deixando este de ter condições para cuidar.

São estratégias importantes, para o profissional de saúde procurar o alívio da experiência emocional que o perturba, do sofrimento e das dificuldades sentidas o recurso a: Meios intrínsecos (Auto-diálogo para se acalmar; Distinguir as vivências (a sua e a do outro); Vivenciar momentos de bem estar e calma; Analisar os sentimentos vividos; Chorar para libertar o que sente; Deixar passar o tempo); Ajudas externas (Partilhar as vivências com o grupo e colegas; Partilhar as vivências com a equipa em momentos de reflexão; Recorrer a um colega amigo que dá apoio; Apoio mútuo entre colegas; Partilhar as Vivências profissionais com familiares), Formas de protecção (Distanciamento do pensamento; Evitamento da interacção; Fechar-se sobre si; Encobrimento noutros técnicos; Afastamento dos Cuidados; Concentrar-se na acção; O humor nos cuidados; Negação da morte; Fuga da cena do cuidar).

Não existem medidas padronizadas para se conseguir uma auto-estima elevada, auto-confiança e tentar controlar as emoções. É necessário trabalhar o nosso eu através da introspecção, meditação, conhecimentos, experiência profissional e pela ajuda de colegas com espaço de apoio e ajuda mútua no seio da equipa, para que o elemento o próprio grupo se tornem mais fortes. Ter a equipa como suporte.

Tema: Família e cuidadores

P 60 (Abstract retirado pela autora)

P 61 Sobrecarga dos Cuidadores Informais em Cuidados Paliativos Oncológicos

Autores: Susana Moutinho; Lígia Lima

Instituições: IPO, PORTO FG, EPE, Escola Superior de Enfermagem do Porto

Distress e ganhos positivos nos cuidadores informais do doente oncológico em Cuidados Paliativos. A literatura indica que o processo de cuidar na doença oncológica paliativa pode resultar num quadro de distress e sobrecarga física, social e emocional, nos familiares deste grupo de doentes. No entanto, apesar do sofrimento emocional evidenciado, existem relatos da clínica e evidências científicas que revelam uma coexistência da percepção da sobrecarga e de ganhos positivos simultâneos. O objectivo deste estudo foi avaliar a relação entre a sobrecarga dos cuidadores, o distress (sintomatologia ansiosa e depressiva) e a percepção de ganhos positivos no cuidador informal. A nossa amostra incluiu 52 cuidadores de doentes oncológicos paliativos, internados e em ambulatório de um centro oncológico do norte do país. Para avaliar as variáveis foram utilizadas a HADS para avaliar sintomatologia ansiosa e depressiva, a QASCI para avaliar a sobrecarga do cuidador, a questão 32 da QASCI para avaliar os ganhos positivos e um questionário socio-demográfico para caracterização da amostra. Os resultados revelaram a existência de uma relação positiva entre a sobrecarga do cuidador e o distress psicológico, o que sugere que uma maior sobrecarga física, social e emocional esta correlacionada com níveis mais elevados de sofrimento emocional. Relativamente aos ganhos positivos, verificou-se que 52% da amostra considerou que esta experiência trazia paralelamente ganhos positivos para o cuidador. Os resultados encontrados no nosso estudo foram semelhantes aos encontrados anteriormente noutros estudos, o que mais uma vez demonstrou a importância de se desenharem e implementarem intervenções psicológicas que promovam o ajustamento global do cuidador informal.

P 62 PID-SAC: Protocolo de Intervenção Domiciliária - Suporte e Apoio ao Cuidador

Autores: Carla Cristina Costa Almeida; Camilo Monteiro Silva; Célia Cristina Gomes Silva
Instituição: USF Famílias

Introdução: O domicílio é o lugar onde os doentes, em fase terminal, passam a maior parte do seu tempo e é aqui preferem que morrer. No entanto, face à actual escassez

de recursos a nível de equipas domiciliárias de Cuidados Paliativos (CP), cabe muitas vezes ao Médico de Família (MF) ter um papel de parceria com os CP, principalmente no suporte e orientação do cuidador. A avaliação das necessidades do cuidador e o seu acompanhamento é vital no processo de prestação de cuidados do doente em fase avançada de uma doença incurável e irreversível. Isto porque o cuidador é a fonte primordial de cuidados prestados a nível domiciliário e funcionam como interface entre o doente e os profissionais de saúde. Porém, cuidar de um doente em fase terminal é uma tarefa árdua e exigente com forte impacto na saúde do cuidador, quer através do aumento da morbidade física e psicológica, quer através de disfunção da vida social e financeira que, em última instância, pode conduzir ao burnout. O MF, enquanto pedra basilar no sistema de saúde baseada na prestação de cuidados holísticos, longitudinais e que envolvem a família e a comunidade, é um recurso fundamental no acompanhamento dos cuidadores de doentes terminais. Como tal, foi desenhado um protocolo de intervenção domiciliária de suporte e apoio ao cuidador a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Objetivos: O protocolo de intervenção contempla os seguintes objetivos: 1. Compreender a funcionalidade familiar nas diversas etapas que constituem a fase terminal da doença, nomeadamente, no luto; 2. Realizar uma avaliação biopsicossocial seriada do impacto de ser cuidador; 3. Estabelecer parcerias com recursos hospitalares e/ou comunitários; Desenvolvimento: Este protocolo aplica-se a todos os cuidadores informais de doentes em fase avançada de uma doença incurável e irreversível, que se encontram inscritos na Unidade de Saúde Familiar (USF) Famílias. A avaliação do cuidador será efetuada no âmbito de consultas domiciliárias, pelo MF e Enfermeiro de Família. As visitas domiciliárias deverão ter um componente preventivo psico-educacional, com o esclarecimento de dúvidas e medos do cuidador e um componente de deteção precoce de morbidade biopsicossocial do cuidador e respetiva orientação. O programa será dividido em diversas etapas de intervenção, de acordo com o prognóstico do doente e as necessidades do cuidador. Será estabelecida uma periodicidade em função da evolução da doença, de forma a quantificar o impacto do ato de cuidar na saúde do cuidador. Para tal, serão aplicados vários instrumentos psicométricos nas áreas de qualidade de vida, satisfação com a prestação de serviços e patologia psiquiátrica, nomeadamente depressão. De forma a identificar casos de exaustão do cuidador, será aplicada a Escala de Zarit. A avaliação familiar será estruturada de acordo com os momentos de crise que poderão constituir potenciais pontos de re-estruturação de papéis e de relacionamento inter-familiar. Para tal serão aplicadas diversas ferramentas de avaliação familiar usadas no âmbito da Medicina Geral e Familiar. A fase final da intervenção está dirigida ao processo de luto do cuidador através do acompanhamento pós-morte, com identificação dos fatores de risco para luto patológico e intervenção precoce neste processo. Conclusões: O MF tem um papel fulcral enquanto supervisor da dinâmica familiar e, simultaneamente, o moderador dos sentimentos, medos e superstições sentidos pelo cuidador de um doente terminal. Como tal, deve ser visto como um parceiro na prestação de cuidados e como elo de ligação entre os vários recursos que permitem uma boa morte do doente terminal e um luto saudável do seu cuidador. Além disso, como a abordagem paliativa é dirigida ao doente e à sua família, o MF tem, uma vez, mais a vantagem de centrar os seus cuidados na família e no doente, sendo por esse motivo, o Médico da Família.

P 63 Cuidar de uma pessoa idosa com distúrbio cognitivo: estudo de caso sobre a vivência de um homem cuidador informal

Autores: Pablo Hernandez-Marrero (a); Sandra Martins Pereira (b)

Instituições: (a) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Dpto. de Enfermería; (b) Universidade dos Açores, Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo

Introdução: Os cuidados paliativos dirigem-se a pessoas em intenso sofrimento decorrente de doença crónica, incurável e progressiva, incluindo a família como parte integrante do processo de cuidados. O envelhecimento das populações ocidentais tem suscitado um aumento no número de pessoas idosas, que podem padecer de distúrbios cognitivos em diversos estádios. Com efeito, num estudo realizado em Portugal junto de 1266 idosos, verificou-se que 9,6% destes idosos apresentavam algum tipo de distúrbio cognitivo (Paúl et al., 2009). Considerando a vontade frequentemente expressa por doentes e famílias no sentido de permanecerem no domicílio e a escassez de estruturas de suporte adequadas, muitos dos cuidados a estes idosos acabam por ser assumidos por familiares. De acordo com a European Association for Palliative Care (Payne et al., 2010), os cuidados informais experienciam diversos sentimentos e necessidades como ambiguidade de papéis, repercussão do papel de cuidadores na sua atividade profissional e na vida pessoal, familiar e social, tendo também repercussões na sua saúde física e mental. O perfil mais comum dos cuidadores informais aponta para o facto de destes serem do género feminino, solteiras, e com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos de idade (Wall et al., 2005), pelo que a maioria dos estudos realizados sobre esta problemática incide sobre pessoas com este tipo de características. Com efeito, escasseiam estudos sobre as vivências de cuidadores informais homens, o que suscita as questões que estiveram na génese do presente estudo de caso: quais os sentimentos e necessidades vivenciados por um homem cuidador informal de uma familiar idosa com distúrbio cognitivo?

Objetivo: - compreender os sentimentos e necessidades vivenciados por um homem cuidador informal de uma familiar idosa com distúrbio cognitivo.

Material e Métodos: Este estudo de caso assume um cariz qualitativo, do tipo fenomenológico, tendo-se recorrido à entrevista não estruturada para a recolha da informação relevante sobre o fenómeno em estudo. O caso estudado foi selecionado de modo intencional, dado o conhecimento prévio que os investigadores tinham acerca do mesmo e

das suas particularidades: por um lado, devido ao facto de se tratar da situação de uma pessoa idosa com distúrbio cognitivo; por outro lado, o familiar cuidador informal era um indivíduo do género masculino, com uma idade compreendida entre os 40 e os 50 anos de idade e profissional de saúde.

A entrevista foi transcrita verbatim, tendo-se procedido à análise de conteúdo da mesma, a posteriori. As dimensões em análise foram as seguintes: vivência do papel de familiar cuidador informal, sentimentos do familiar cuidador informal, necessidades do familiar cuidador informal. Resultados: A vivência do papel do familiar cuidador informal de uma idosa com distúrbio cognitivo é considerada como particularmente complexa e difícil, passando a vida do cuidador a estar centrada nas necessidades do familiar doente 24 horas por dia.

No que respeita aos sentimentos, emergiram os seguintes: sofrimento intenso, solidão, revolta, impotência, preocupação constante e exaustão. Além dos sentimentos, o familiar cuidador informal participante neste estudo referiu-se à sensação de procura constante de respostas em termos de recursos e cuidados de saúde para a idosa doente.

Quanto às necessidades expressas pelo participante, estas referiam-se a: necessidades fisiológicas e de sobrevivência, como alimentação e sono, já que a sua atenção estava focalizada na familiar doente; necessidade de segurança e proteção, em virtude da sensação de exaustão física e emocional experienciada, bem como do impacto da situação na dinâmica familiar; necessidades de amor e pertença; e necessidades de superação e autorrealização, pela ausência de sentido face à situação do ente querido e ao sofrimento vivenciado.

Conclusões: A realização deste estudo de caso permitiu uma compreensão, em profundidade, da vivência e experiência efetuada por um homem, familiar cuidador informal de uma idosa com distúrbio cognitivo. Face ao exposto, depreende-se a complexidade da vivência e a ausência de uma resposta integral e adequada às necessidades sentidas. Considerando os cuidados paliativos simultaneamente como uma filosofia de cuidados e área de intervenção especializada, este caso permite-nos refletir em torno dos possíveis ganhos que poderiam ter resultado, quer para o doente, quer para o familiar cuidador informal, se este caso tivesse sido referenciado e acompanhado deste modo.

P 64

Programa PACUP (Programa de Apoio ao Cuidador Principal) numa Unidade de Cuidados Paliativos Hospitalária

Autores: David Sobrinho; Angela Costa, Monica Dones, Olga Gil, Maribel Sánchez,Iratxe Irazabal

Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos da Fundación Instituto San José (Madrid)
Programa PACUP (Programa de apoio ao cuidador principal) numa Unidade de Cuidados Paliativos Hospitalária.

Introdução: Depois do internamento numa Unidade de Cuidados Paliativos, os prestadores de cuidados apresentam dúvidas e ansiedade aos profissionais de saúde sobre a evolução da doença e o processo de morte. O prestador de cuidados principal é uma peça fundamental no cuidado integral ao paciente terminal. É necessário fornecer-lhes certos meios e habilidades para facilitar o acompanhamento e dessa forma ajudar a diminuir a sobrecarga. De maneira a dar resposta a estas necessidades, iniciou-se o programa PACUP (Programa de Apoio ao Cuidador Principal) com o objetivo de receber e apoiar os prestadores de cuidados principais dos pacientes, para desenvolver e potenciar atitudes, conhecimentos e habilidades que os ajudem no acompanhamento dos pacientes terminais.

Objetivos: -Formar o prestador de cuidados principal para que desenvolva e potencie atitudes, conhecimentos e habilidades que facilitem o acompanhamento dos pacientes terminais; -Reduzir a perceção de sobrecarga do cuidador principal; -Aumentar as habilidades do prestador de cuidados principal para melhorar a atenção prestada ao paciente tanto no hospital como no domicílio, facilitando os cuidados prestados depois da alta clínica; -Fornecer formação específica aos profissionais de saúde implicados.

Método: -Estudo descritivo qualitativo; -Reuniões semanais com os prestadores de cuidados, com registo de assistência, temas tratados e perguntas efetuadas; -Valorização da sobrecarga do prestador de cuidados principal através da escala de Zarit reduzida; -Questionário fornecido sobre os conhecimentos e preocupações dos prestadores de cuidados principais; -População: Prestadores de cuidados principais dos pacientes hospitalizados na Unidade de Cuidados Paliativos-Período de estudo: 1/1/2011 a 31/12/2011.

Resultados: -Numero de reuniões realizadas: 62-Numero de prestadores de cuidados que participaram: 278-Escala de Zarit reduzida realizada aos prestadores de cuidados principais na admissão (Media): 20,9 Principais temas discutidos:-Cuidados Paliativos 77,19%-Colaboração dos familiares nos cuidados prestados ao paciente 52,63%-Comunicação com o paciente 50,88%-Conceito de sofrimento 49,12%-Autonomia do paciente 47,37%-Sintomas- 45,61%.

P 65

Grupo para Familiares e Cuidados: Promovendo o autocuidado em um Hospital de Cuidados Paliativos

Autores: Fernanda Sarcinella; Daniela Laskani; Marilisa Bense Othero

Instituições: Hospital Premier - Grupo MAIS, São Paulo / SP - Brasil

Introdução: Cuidar de pacientes portadores de enfermidades crônico-degenerativas exige frequentemente confinamento em unidades de saúde; os atores envolvidos neste contexto são obrigados a lidar com situações de alto stress psicossocial. No caso de cui-

dadores informais é importante ressaltar agravantes como: falta de capacitação técnica e suporte emocional para exercer tal função. Segundo os princípios dos Cuidados Paliativos, a família e o cuidador devem ser cuidados com tanto empenho quanto o doente. Emerge então a necessidade de investir na saúde e capacitação destes sujeitos com objetivo de prevenir doenças provenientes do stress e melhorar os cuidados prestados às novas demandas populacionais.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é apresentar uma proposta de grupo de autocuidado para familiares e cuidadores, desenvolvidos em um Hospital de Cuidados Paliativos da cidade de São Paulo (Brasil). O grupo teve como objetivo, promover o autocuidado destes acompanhantes, a fim de minimizar os impactos psicossociais causados pela atividade do cuidar, e assim, exercer os Cuidados Paliativos de forma integral atendendo a todos envolvidos no contexto.

Desenvolvimento: Foram realizados seis encontros semanais, com duração de uma hora cada, realizados entre os meses de maio e julho de 2012. Todos os Acompanhantes da instituição foram convidados a participar do grupo através de convite foi feito pessoalmente e por panfletos colocados na instituição. A elaboração das atividades foi baseada nos métodos de ensino de Vygotsky (1962) e Freire (1996), e os recursos educativos utilizados foram: dinâmicas de grupo; textos e vídeos motivacionais; atividades lúdicas; técnicas de comunicação intergrupais; relaxamento corporal; música; lanche comunitário e entrevista dirigida. Cada encontro teve em média 6 participantes, a maioria do sexo feminino e cuidadores informais sem treinamento especializado. Foi apresentado ao grupo o Ser Humano na sua integralidade, usando como recurso educativo a Roda da Vida, por ser uma forma de auto avaliação holística das diferentes dimensões da existência Humana (saúde, lazer, trabalho, e relacionamentos). 77% dos participantes avaliaram-se com a classificação máxima em todas as dimensões. bserveu-se que um número significativo deles não sabia o que era autocuidado, provavelmente pelo fato da palavra não fazer parte de seus cotidianos, culturas e valores. E, por compreender que só existe aprendizagem se a comunicação for efetiva entre receptor e emissor, foram necessárias algumas mudanças, na didática e nas estratégias de comunicação dos encontros. Para reavaliar a saúde o grupo fez um relaxamento corporal e foram capazes de se perceber. Algumas hipóteses foram levantadas para compreender quais critérios de avaliação foram utilizados por eles como: a comparação que os Acompanhantes fazem com os seus Pacientes; o conceito de saúde conhecido e utilizado por eles; e a forma onipotente de pensar que não precisam de cuidados. Na dimensão profissional ficou clara a necessidade de capacitação técnica. Muitos deles são Acompanhantes como forma de sobrevivência, relatando ser uma profissão muito desgastante. Também foi trabalhada a importância do lazer para a saúde psíquica. Foram raríssimos os participantes que relataram ter ou identificar momentos de lazer, confundindo-os com a dimensão profissional. Quanto aos relacionamentos os participantes elaboram uma carta, promovendo-se as habilidades em identificar e descrever os seus sentimentos. Ao final de cada encontro, os participantes foram apresentados com mensagens que resumiriam o tema discutido no dia. Conclusão: Os participantes solicitaram que o grupo continuasse, relatando ser algo muito importante para eles, denunciando tanto a necessidade de acolhimento, como a efetividade do projeto. Por isso será dada sequência com um novo módulo nos meses de setembro e outubro deste ano (2012). Promover autocuidado implica primeiramente em conhecer a visão que o sujeito tem de si e do mundo, e assim criar meios facilitadores que o permita rever, ampliar os seus conceitos sobre o tema e estimular a tomada de decisão a favor de uma melhora na sua qualidade de vida. Torna-se indispensável a presença de um terapeuta que consiga acolher, ler, perceber a realidade e necessidades do grupo, revendo quantas vezes forem necessárias a metodologia e didática do projeto para atingir os objetivos desejados. Segundo os dados demográficos e epidemiológicos, será cada vez maior o número de pessoas que necessitarão de Cuidados Paliativos que, provavelmente serão prestados por cuidadores formais sem especialização técnica e informais.

P 66

Cuidador Informal do Doente Paliativo: Uma Revisão da Literatura

Autores: Rita Abreu-Figueiredo, Tânia Lourenço, Luís Sá

Instituições: Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Introdução: O cuidado e o suporte ao familiar em fase final de vida é um fenómeno que altera as dinâmicas familiares, acarretando novas responsabilidades aos seus membros, essa responsabilidade recai essencialmente num dos elementos, o qual é denominado frequentemente como cuidador informal. Nos últimos anos tem sido notório o interesse da comunidade científica no sentido de conhecer em pormenor o contexto da prestação dos cuidados informais e as suas repercussões na vida dos cuidadores. Ao consultarmos a literatura sobre esta temática verificamos que a informação se encontra dispersa, por vezes contraditória e pouco sistematizada o que dificulta a sua utilização na prática. Nesta perspectiva, faz-nos sentido conhecer a investigação desenvolvida em Portugal sobre os cuidadores informais do doente paliativo, surgem assim as seguintes questões de partida: Quem são os cuidadores informais do doente paliativo em Portugal? Qual o impacto do desempenho deste papel nas suas vidas?

Objectivos: definir o perfil dos cuidadores informais do doente paliativo em Portugal, e, descrever o impacto do desempenho do papel.

Método: Revisão da literatura. A pesquisa foi efectuada no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal, Google Académico e nas Revistas de Enfermagem Portuguesas, definindo, como horizonte temporal, o período de 2000 a 2011. Utilizámos os seguintes descritores: cuidador, cuidador familiar, cuidador informal e paliativos. Utilizámos os seguintes critérios de inclusão: estudos empíricos e realizados em Portugal. Excluímos os estudos que não forneciam informação clara acerca dos elementos considerados fundamentais para a análise.

Foram selecionados 386 trabalhos, que resultaram em 81 estudos empíricos, destes, foram triados 12 que constituiram nossa amostra.

Resultados: O perfil do cuidador informal do doente paliativo português é o seguinte: mulher, cerca de 55 anos, casada, profissionalmente activa, que cuida do marido ou de um progenitor. O desempenho do papel de cuidador informal tem um elevado impacto na vida do indivíduo, acarretando um conjunto específico de necessidades/dificuldades, mas também de aspectos gratificantes. O equilíbrio entre os aspectos positivos e negativos inerentes ao papel de cuidador informal é determinante na maior ou menor sobrecarga do cuidador. Os dados foram agrupados em três categorias: necessidade/dificuldades, sobrecarga e aspectos positivos. Relativamente à categoria aspectos positivos, a prestação de cuidados informais é percebida pelos cuidadores como uma oportunidade de estabelecer maior proximidade com o seu ente querido, de trocar afecto e até mesmo de demonstrar reciprocidade pelos cuidados recebidos no passado. Cuidar de um familiar pode gerar sentimentos de satisfação a qual está associada à disponibilidade de suporte familiar e social, à relação de parentesco com o receptor de cuidados, sendo superior quando é o cônjuge e existe um bom ajustamento conjugal. O dispôr de suporte e apoio dos profissionais de saúde também é referenciado como uma variável preditora da satisfação. Cuidar de um familiar em fim de vida em contexto domiciliário pode mesmo ser gratificante e produzir uma sensação de bem-estar e utilidade junto dos cuidadores, bem como uma oportunidade de fortalecimento dos laços com o doente, contribuindo ainda para dar sentido às suas vidas.

No que concerne às necessidades destacadas foram as seguintes: comunicação, reconhecimento e operacionalização de desejos, preparação para o luto, necessidades de informação, necessidades emocionais, necessidades espirituais e de descanso.

Quanto à categoria sobrecarga podem apresentar sobrecarga física, emocional ou social, a qual está associada uma pior qualidade de vida, particularmente sentida nos domínios de saúde mental, função social, vitalidade e saúde em geral. Os sentimentos de medo, culpa e impotência são os mais frequentes entre os cuidadores familiares paliativos. A análise dos diferentes estudos permitem-nos identificar um conjunto de factores preditores da sobrecarga do cuidador, como é o caso da ansiedade/ depressão, da dificuldade em pedir auxílio, bem como a dificuldade em controlar os sintomas do familiar em fim de vida.

Conclusões: A tarefa de cuidar de um familiar em fim de vida é frequentemente considerada como árdua e difícil, no entanto, também pode constituir uma oportunidade para o cuidador descobrir o verdadeiro sentido para a sua vida. A investigação desenvolvida tem sido centrada na perspectiva do impacto do cuidado no cuidador. São ainda escassos os estudos sobre as estratégias de intervenção, no processo de transição para o desempenho do papel de cuidador, e, na minimização do impacto negativo da prestação de cuidados. Urge saber como intervir, dando resposta às reais necessidades, com uma prática baseada na evidência.

P 67

Grupo de apoio aos familiares inseridos no programa de cuidados paliativos

Autores: silqueira, s; oliveira, jr; timo, emn; vieira, ab
Instituição privada em belo horizonte- minas gerais- brasil

O trabalho relata a experiência de um grupo de familiares no quotidiano da prática assistencial utilizando um método de intervenção psicossocial em encontros semanais, com a finalidade de desenvolver e modificar atitudes. O público-alvo, compoendo grupos de 20 participantes, cuidadores familiares de um total de 900 pacientes acompanhados no período de abril de 2007 a Julho de 2012, no serviço de Cuidado Paliativo domiciliar de uma instituição privada.

O grupo justifica-se a partir de uma demanda que envolve elementos sociais e subjetivos que devem ser trabalhados coletivamente frente à doença e terminalidade da vida, onde observamos grande fragilidade e angústia desses familiares.

O objetivo geral do estudo remete à articulação entre melhorar o bem estar e preservar a qualidade de vida dos familiares, visando trabalhar as dificuldades emocionais ,propiciando meios para que vivenciem as mudanças ocorridas em função da doença e administrem os factores estressantes que interferem no processo de finitude dos pacientes,identificando as necessidades de intervenção da equipe interdisciplinar. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva e de intervenção, utilizando-se de atividades éticas, pedagógicas e terapêuticas. Onde trabalhamos os temas: Cuidando de quem cuida; Impacto da doença no familiar Convivência e integração do familiar; estresse; luto antecipatório; reflexões sobre perdas e ganhos com a terminalidade humana,na tentativa de minimizar o sofrimento.

Pode-se identificar e refletir as alterações cognitivas, emocionais e comportamentais dos familiares envolvidos diretamente com o cuidado, e evidenciar as conseqüências físicas, psicológicas, económicas, no trabalho e no lazer. Ao trabalhar estes aspectos os familiares conseguem se cuidar e manter o cuidado com o outro, fazendo deste ato, um ato de amor.

P 68

O Voluntariado Sensível nos Cuidados Paliativos

Autor: Mário Madrigal

Instituição: Voluntário Associação Amara através do Hospital de Santa Maria

Introdução: Cada vez resulta mais óbvio que a vontade de desfrutar da vida e de dar sentido a todo um percurso vital é um dos factores chave na qualidade de vida de qualquer ser humano, e dos doentes terminais em particular. Um dos factores que nos faz sentir mais vivos é podermos partilhar as nossas experiências internas e externas com o

próximo. Porém, a grande parte dos doentes terminais sofre de isolamento real por parte das pessoas que sempre foram próximas, que se afastam direta ou indiretamente, pois a situação do doente terminal espelha a própria mortalidade do observador. No caso dos familiares e amigos mais próximos acontecem duas situações, normalmente em simultâneo. A primeira é o facto de produzir-se um esgotamento físico e/ou psicológico das pessoas mais próximas que normalmente leva a que a comunicação com o doente seja muito reduzida e focalizada em conferir que as necessidades físicas básicas do doente estão a ser satisfeitas. A segunda situação, são as dificuldades emocionais em verbalizar tudo aquilo que estão a sentir e a pensar todas as partes, evitando-se ao máximo qualquer comunicação que envolva assumir ou provocar qualquer tipo de dor emocional na outra parte, mas negando-se também em muitos casos realidades óbvias. Nesta envolvente, o doente terminal fica a maior parte das vezes com um forte sentimento de solidão e de perda dum dignidade trabalhada durante toda uma vida, desativando na pessoa a vontade de viver ou gerando simplesmente uma forte dor emocional que em pouco ou nada contribui em manter uma mínima qualidade de vida e um partir em paz. Neste sentido existe em Portugal um voluntariado sensível a nível de cuidados paliativos que, não interferindo nos cuidados dos profissionais de saúde, vai muito mais além do simples e tradicional acompanhamento caritativo. Neste tipo de voluntariado sensível, o voluntário posiciona-se de igual a igual com a pessoa que está a partir, sendo fundamentalmente um bom ouvinte, dando oportunidade de que a pessoa consiga satisfazer a sua necessidade de partilhar as suas necessidades, as suas emoções, as suas lembranças, os seus desejos e expectativas, ou simplesmente o seu silêncio, sempre de uma forma espontânea, voluntária e totalmente respeitadora das vontades da pessoa. Nesta comunicação vamos partilhar o estudo de caso de D.J., uma doente a ser acompanhada pelo Hospital de Santa Maria de Lisboa, que em colaboração com a Associação Amara, facilitou o acompanhamento a domicílio desta doente por parte do voluntário Mário Madrigal numa primeira fase, e também pela voluntária Helena Carvalho numa segunda fase.

Objetivos e Metodologia: O objetivo principal deste acompanhamento a domicílio foi e continua a ser, contribuir para o bem-estar psicológico e emocional de D.J. Doente de 86 anos com o diagnóstico de adenocarcinoma do colon ascendente estágio III, foi operada em Dezembro de 2011, sem indicação para tratamento adjuvante, e cuidada em casa, fase terminal em regime de cuidados paliativos, apresentando no início de 2012, demência senil. O voluntário iniciou as suas visitas semanais a D.J. no dia 22 de Fevereiro de 2012. No primeiro contato, a doente manifestou uma forte dor pelo facto de estar a maior parte do dia sozinha, dores reumáticas, pela própria doença e manifestou uma clara vontade de querer morrer. O voluntário encontrou a doente claramente debilitada, praticamente sem qualquer tipo de mobilidade, com clareza do discurso. Durante o primeiro mês, a maior parte do tempo com a doente foi utilizado pela mesma fundamentalmente para desabafar, embora cada vez com menor intensidade emocional, e cada vez com maior vontade de interação com o voluntário. Nas duas primeiras visitas a doente falou incansavelmente para o vazio, e só no final olhou para o voluntário. Foi a partir da terceira visita que o voluntário sentiu que a doente criou um vínculo com ele, e a partir desse momento o tipo de discurso e a forma do discurso da doente (olhos nos olhos) começou a mudar significativamente.

Um dos objetivos do voluntário foi ajudar a doente a reconstruir o seu percurso de vida, primeiro através de simples conversas ao longo das visitas, em que D.J. partilhou inúmeras experiências de vida e inclusive conhecimentos técnicos na área da horticultura, área à qual esteve sempre ligada; e depois graças a álbuns fotográficos fornecidos pela família.

Outro dos objetivos foi estar atento às necessidades imediatas de D.J. Em relação à questão da solidão, o voluntário falou com outra das voluntárias da Amara que se disponibilizou também para acompanhar D.J. noutro dia da semana, iniciando as visitas em finais de Abril. Sendo um dos motivos de maior sofrimento de D.J., o facto de não poder sair do quarto e de permanecer 24 horas na mesma posição na cama, o voluntário questionou à equipa de acompanhamento do Hospital de Santa Maria sobre a possibilidade física de D.J. poder passear numa cadeira de rodas, e também sobre a possibilidade de ficar numa cama articulada. Obtendo resposta positiva para ambas as situações, o voluntário encorajou a família para tratar das duas situações junto da Casa da Misericórdia, e previamente, com a outra voluntária, ofereceram-se para efetuar um passeio semanal com D.J., já que a própria família inicialmente mostrou certa resistência à obtenção da cadeira de rodas, por falta de disponibilidade de tempo para acompanhar D.J. Durante o mês de Maio foi realizado o primeiro passeio semanal, com apoio técnico da Enfermeira da equipa de cuidados paliativos do Hospital de Santa Maria, que disponibilizou sempre todo tipo de apoio técnico e humano aos voluntários desde o início do acompanhamento, havendo reuniões periódicas entre ambas as partes. Durante o mês de Agosto também por iniciativa dos voluntários, foi disponibilizado uma cabeleireira ao domicílio para D.J. Consequentemente e desde que os voluntários começaram os passeios semanais com D.J., num parque com hortas próximo de casa, elementos da família, principalmente o neto, começou também acompanhar semanalmente a avó num segundo passeio semanal logo à seguir do primeiro passeio com os voluntários.

Resultados: Na consulta de Medicina Paliativa realizada a 13 de Julho de 2012 a doente mostrou um discurso assertivo, orientado e coerente. Ao longo das visitas, D.J., tem visivelmente incrementado o seu bom humor e uma visão muito mais positiva da realidade, contrastando com a atitude doutros elementos da família, que apresentam grande desgaste físico e psicológico. Fisicamente observa-se um agravamento da caquexia, e em termos gerais a doente dorme bem.

Conclusões: Ao longo do acompanhamento desta doente, e doutros casos que os voluntários estão a acompanhar, existe uma correlação direta no tempo entre o número de visitas e o incremento do bem-estar emocional dos acompanhados, que nalguns casos, poderão a estar a contribuir a o prolongamento da vida dos mesmos, e em todos os casos a diminuir significativamente a dor psicológica e a criar as condições para uma partida pacífica.

Este e outros exemplos são um claro alerta à sociedade em geral, e a própria comunidade sanitária em particular, na sensibilização sobre a importância de cobrir as necessidades afetivas e emocionais de doentes terminais, num riquíssimo ato de aprendizagem mútua entre todas as partes envolvidas, e levando naturalidade ao assunto morte dentro da sociedade.

Referências Bibliográficas: Aitken, H. 2003 Curso Vida e Morte, a mesma Preparação ; Barrett-Lennard, G. - Process Analysis Systems – Chapter 12: The Relationship Inventory Now: Issues and Advances in Theory, Method and Use – The Centre for Studies in Human Relations, Perth Western Australia; Collett, M (1997) Stay Close and do Nothing Andrews McMeel Publishing; DeSpelder, L.A. & Strickland, A.L. (1996) The Last Dance – Encountering Death and Dying; Mayfield Publishing Company, Mountain view, California, London e Toronto; Gorski T. E Miller, M 1986 "Staying Sober – A Guide for Relapse Prevention" Herald House, Independence Press, Missouri ; Hanvey, L. (1994) Attitudes, Values and Beliefs of Health Care Professionals in their care of people with HIV/AIDS- A Selected Review of the Literature – Canadian Medical Education: Responding to HIV/AIDS in Canada ; Hennezel, M e LeLoup, J (1997) L'Art de Mourir Editions Robert Laffont, S.A. Paris; Hennezel, M. (1995) La Mort Intime, Editions Robert Laffont, S.A. Paris, 1995; Kübler-Ross, E. On Death and Dying (1970), Tavistock Publications Ltd; Levine, S. (1986) Who Dies? Gateway an imprint of Gill & Macmillan Ltd

Tema: Formação

P 69

Cuidados Paliativos e Modelo da Ocupação Humana Correlações teóricas para o campo da Terapia Ocupacional

Autores: COSTA, A.P.; OTHERO, M.B.

Instituições: Desaffius; Policlínica de Pombal; Centro Médico do Paião (Ana Costa), Hospital Premier (Marília Othero)

Introdução: A Terapia Ocupacional é uma profissão na área da saúde, centrada na promoção e tratamento de problemas através e para a ocupação, tendo como objetivos finais: um desempenho ocupacional satisfatório e autonomia nas funções pessoais, sociais e profissionais. De acordo com os princípios dos Cuidados Paliativos, o doente deve viver tão ativamente quanto possível, sendo fundamental o papel do terapeuta ocupacional neste campo. Entretanto, ainda são raras as produções científicas na área da Terapia Ocupacional que sistematizem teoricamente a intervenção no campo dos Cuidados Paliativos. O Modelo da Ocupação Humana (MOHO) é uma das vertentes teóricas da profissão, modelo que prioriza o apoio dos sujeitos na realização de suas ocupações. Objetivo: O objetivo deste trabalho é demonstrar como a teoria do Modelo da Ocupação Humana pode ser incluída nos Cuidados Paliativos, como referencial teórico-metodológico para a prática do terapeuta ocupacional nesta área. Metodologia: Foi realizada revisão bibliográfica não sistemática, a partir dos descritores: Terapia Ocupacional, Modelo da Ocupação Humana e Cuidados Paliativos. Foram considerados artigos publicados em revistas científicas indexadas e capítulos de livros. Resultados: O Terapeuta Ocupacional baseado no MOHO pode avaliar e ajudar o cliente a manter ou recuperar o/a seu/sua identidade ocupacional e a sua história de vida. Além disso, o Terapeuta Ocupacional deve ajudar o cliente a cumprir os seus últimos desejos e a viver com qualidade de vida até ao momento final. Os principais conceitos do MOHO utilizados nesta reflexão teórica foram: mudança catastrófica, volição, habituação, capacidades de desempenho, causalidade pessoal, corpo vivo, cultura e identidade ocupacional. Para os doentes em Cuidados Paliativos, a doença representa uma mudança catastrófica, que causará rupturas na sua volição, habituação e capacidades de desempenho. O corpo vivo e a identidade ocupacional do sujeito estão comprometidos, sendo fundamental o papel dos aspectos culturais para a apropriação e elaboração deste processo. Conclusão: Nota-se que os conceitos do MOHO podem ser relacionados com o campo dos Cuidados Paliativos, sendo um referencial teórico-metodológico adequado à prática do terapeuta ocupacional neste campo. A sistematização no campo da Terapia Ocupacional é necessária, devido ao escasso referencial bibliográfico disponível, especialmente em Cuidados Paliativos. Este é um estudo inicial, e outros estudos mostram-se necessários para a continuidade e desenvolvimento da reflexão teórica, bem como pesquisas da sua aplicação prática.

P 70

Percepção dos alunos de pós-graduação em Unidade de Terapia Invasiva sobre os Cuidados Paliativos

Autores: Larissa Cássia Gruchowski Verissimo; Lúcia Aparecida Barion

Instituições: Universidade Estadual de Campinas, Hospital do Cancer de Maringá
Percepção dos alunos de pós-graduação em Unidade de Terapia Invasiva sobre os Cuidados Paliativos

INTRODUÇÃO: O tratamento médico e seus avanços, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) têm crescido substancialmente, mostrando novas formas de tratamento e esperança para resolução de muitos problemas. Com isso, tem se conseguido estender os limites da vida.

Sendo assim, é necessário aprender a lidar com as perdas em um contexto de doença sem prognóstico. Este é um desafio que poucos se disponibilizam a conhecer, discutir, e muito menos a enfrentar. Cuidar de indivíduos com doenças terminais e seus familiares é uma atividade ou um modelo de atenção à saúde, que pode ser inserido no denominado cuidado paliativo .

Integrar Cuidados Paliativos (CP) e Unidade Terapia Intensiva (UTI) torna-se um grande desafio. Apesar de boa parte dos pacientes destas unidades falecerem, reflexões acerca de terminalidade e cuidados de fim de vida costumam ficar em segundo plano em relação à discussão sobre procedimentos invasivos e de tecnologia avançada.

Em última instância, objetivos de qualidade de vida e conforto são comuns às duas abordagens. Considerável parcela destes pacientes é composta por portadores de doenças graves e em estágio avançado, para os quais os recursos de terapia intensiva podem ser ineficazes e desconfortáveis.

Segundo a OMS, Cuidados Paliativos são: Conjunto de cuidados ativos e totais que visam melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares frente a uma enfermidade que não responde a terapêuticas curativas que permitem prolongar a vida . Um profissional de saúde deve ser apresentado a este conceito desde sua graduação, porém em diversos casos, observa-se o seu não conhecimento, não uso, além do des-caso com o paciente e sua família.

OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção dos alunos de pós-graduação em unidade de terapia intensiva, sobre seus conhecimentos a cerca do cuidado paliativo e como estes desenvolvem esta modalidade de atenção à saúde em seus trabalhos na cidade de Maringá, Paraná, Brasil.

METODOLOGIA: Para a realização deste trabalho, foram aplicados 2 questionários durante as aulas aos alunos, no início e no final do curso, composto de questões abertas. O primeiro pré-teste abordava o entendimento sobre cuidados paliativos e a experiência no campo. O segundo questionário abordava os avanços, impasses e desafios para efetivação dos cuidados paliativos nas UTI e no sistema de saúde brasileiro. Após preencherem as questões, os alunos a apresentaram para o grupo, onde foi aberto um debate sobre os temas levantados. As respostas dos questionários e a relatoria da discussão em grupo foram feitas a partir da análise do discurso.

RESULTADOS: 30 profissionais participaram do curso; compostos por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos. Na primeira questão observamos que os mesmos tinham informações básicas sobre o tema proposto necessitando de uma melhor contextualização para uma prática mais eficaz e eficiente. Esta pré-avaliação demonstrou que o curso, em diversos critérios, obteve uma excelente aceitação pelos participantes. Através do segundo questionário, constatamos que o conteúdo apresentado foi bem assimilado, alcançando os objetivos propostos para criar uma capacidade de reflexão referente ao modelo assistencial prestado, afim de superar a dificuldade encontrada em efetivar os cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde Brasileiro.

CONCLUSÃO: Tendo consciência das diferenças existentes entre saúde e doença, vida e morte, e da importância de um profissional de saúde capacitado para o entendimento e enfrentamento das diversas situações em que o paciente em UTI passa, o desenvolvimento do curso teve como ponto motivador a capacitação de nossos alunos como multiplicadores do exercício dos cuidados paliativos em seus ambientes de trabalho.

P 71

Hipodermólise: treinando a equipe de um hospital universitário terciário

Autores: Ricardo Tavares de Carvalho, Ednalda Maria Franck

Instituições: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

INTRODUÇÃO: A hipodermólise é uma técnica de infusão de fluidos isotônicos no tecido subcutâneo ou hipoderme, através do qual atinge o espaço vascular e tem como objetivo a hidratação (reposição hidroeletrólítica) e a terapia medicamentosa. É uma técnica cuja primeira descrição ocorreu em 1865, pelo médico italiano Alberto Cantani, que a propôs para o tratamento de cólera. Continuou sendo utilizada em casos de desidratação, até que nos anos de 1950, com a ocorrência de problemas e o avanço tecnológico, deixou de ser utilizada. Atribui-se os problemas ocorridos não à técnica em si, mas sim ao uso indevido de soluções. Com a introdução dos Cuidados Paliativos (CP) modernos, por Cicely Saunders, em 1967, a técnica voltou a ser utilizada. Apesar do tempo de existência da técnica, ela ainda não é conhecida pelos profissionais de saúde de forma geral, sendo conhecida no âmbito de CP. Com o trabalho da equipe de Interconsulta em CP de um hospital universitário terciário, e a necessidade de utilização desta via, se fez necessário a elaboração de um protocolo de normatização da hipodermólise para treinar e orientar o seu uso aos profissionais de saúde deste local.

OBJETIVOS: Elaborar um protocolo para treinar, orientar e divulgar a técnica da hipodermólise, bem como a sua utilização (definição, indicação e contra-indicação, material e local para punção, cuidados, diluição e medicamentos que podem ser utilizados, forma de administração, soluções que podem ser administradas).

DESENVOLVIMENTO: Para realizar a elaboração do protocolo denominado Hipodermólise: técnica, cuidados e medicações, em que consta a definição, indicação, técnica, cuidados e medicações que podem ser utilizados pela via, foi realizado um levantamento bibliográfico (artigos encontrados na íntegra, palestras, congressos, manuais publicados na internet de instituições reconhecidas) e posteriormente, foi realizado a análise do material encontrado. O protocolo foi redigido, passou por correções e está finalizado. Solicitamos a realização de treinamento e capacitação de enfermeiros do hospital universitário terciário, e aguardamos a data da realização do mesmo. Enquanto isso, foram realizadas duas Jornadas de Enfermagem para orientar, divulgar e apresentar a temática de CP e da hipodermólise, com a participação de cerca de 100 profissionais. Com o trabalho de interconsultor, atuando desde Fevereiro/2012, o enfermeiro da equipe, tem o papel de realizar a punção da hipodermólise e neste momento, solicita o acompanhamento do procedimento pela equipe de enfermagem da unidade de internação do doente. Ao realizar o treinamento in loco, os profissionais são orientados sobre o que é a hipodermólise, sua indicação, utilização, a técnica, medicações/soluções e diluição a serem utilizados, cuidados necessários, possíveis intercorrências e tempo de permanência do dispositivo. Ao final documenta-se no prontuário do doente todo o procedimento realizado e quem participou da orientação.

CONCLUSÃO: Este treinamento in loco tem sido a forma de treinarmos, orientarmos e divulgarmos a hipodermólise dentro do hospital universitário terciário, e beneficiar

os doentes em Cuidados Paliativos com a utilização desta via, que é eficiente para o manejo de sintomas que possam estar presentes. Atualmente é possível perceber que os profissionais de enfermagem das unidades de internação em que realizamos o treinamento, sobre hipodermóclise e cuidados paliativos, já estão familiarizados com ambas as temáticas. Futuramente pretendemos avaliar o aprendizado dos profissionais de enfermagem após este treinamento.

P 72 **Formação básica em Cuidados Paliativos: de um Serviço de Medicina ao Centro Hospitalar e à Comunidade**

Autores: Elga Freire, Júlia Alves, Sara Moreira, Margarida Branco, Isabel Barbedo, Joana Mirra, Margarida Pinheiro

Instituição: Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto;

Introdução: Partilhando da opinião do Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) de que o apoio aos doentes sem perspectiva curativa constitui uma lacuna na formação dos profissionais de saúde e que a formação diferenciada em Cuidados Paliativos (CP) exige preparação teórica específica e experiência prática efectiva, tentamos colmatar estes défices.

Objectivo: Descrever a experiência de um programa de formação básica em Cuidados Paliativos (CP) que surgiu da necessidade sentida nesta área, pelos profissionais de um Serviço de Medicina Interna. Desenvolvimento: Desde 2006, alguns médicos e enfermeiros do Serviço de Medicina têm vindo a fazer formação avançada e estágios em CP. Em 2007, criaram-se, no Serviço, grupos de trabalho multidisciplinares para estudar e implementar a avaliação e o tratamento de sintomas de acordo com os princípios de Cuidados Paliativos e iniciar formação básica nesta área.

Para além da redacção de um manual, organizaram-se Cursos Básicos de CP realizados no Centro de Formação do Hospital. Tem, como formadores, os profissionais acima referidos e médicos e enfermeiros da Consulta de Dor Crónica do nosso hospital e da Unidade de Cuidados Paliativos UCP do IPO do Porto.

Inicialmente os cursos destinaram-se aos profissionais do Serviço de Medicina mas posteriormente foram alargados a todo o Centro Hospitalar. Têm a duração de 24h, distribuído por três dias. As sessões têm um carácter prático e constam de uma introdução breve e de discussão de casos clínicos e/ou Role Play.

Desde 2007 efectuaram-se, no Centro Hospitalar, 13 cursos. Participaram, como formandos, 278 profissionais: 211 enfermeiros, 47 médicos, 17 assistentes sociais, 2 farmacêuticos e 1 nutricionista.

A partir de 2011 este curso tem feito parte dos cursos pré congresso do Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. O curso tem, desde então, o patrocínio científico de Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

Em 2012 iniciamos a formação aos profissionais dos agrupamentos dos centros de saúde (ACES) da área de influência do centro hospitalar.

O Manual de Cuidados Paliativos tem vindo a ser reformulado e actualizado, contando com a colaboração dos vários formadores. Este manual serve de suporte aos cursos básicos de CP e tem estado disponível no portal interno do centro hospitalar, podendo ser consultado por todos os profissionais que o desejem.

Conclusão: Consideramos que estas acções formativas têm contribuído para a sensibilização e disseminação do conhecimento sobre CP e para a prestação de acções paliativas por parte de muitos profissionais de saúde.

Também tem sido importante para o enriquecimento científico e humano dos formadores.

Quando a equipa intra-hospitalar de suporte em CP (EIHSPP) iniciou as suas funções assistenciais já contava com os múltiplos interlocutores em todos os serviços o que tem facilitado a abordagem aos doentes internados.

Tema: Metodologia de investigação

P 73 **Diagnósticos de enfermagem prevalentes numa equipa de cuidados paliativos domiciliários: dados preliminares**

Autores: Ana Júlia Silva, Sandra Martins Pereira, António Barbosa

Instituições: Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo - Universidade dos Açores

Introdução: Os diagnósticos de enfermagem são uma forma de identificação, focalização e abordagem das necessidades e das respostas, a problemas reais ou de alto risco, das pessoas. Nesta linha de pensamento, interessa reforçar que o diagnóstico de enfermagem resulta de um processo de análise de dados através da utilização de um raciocínio diagnóstico (uma forma de juízo clínico) em que se fazem julgamentos, se tomam decisões e se chegam a conclusões acerca do significado dos dados obtidos, no sentido de concluir se são ou não necessárias intervenções de enfermagem. Os cuidados de enfermagem na comunidade, tendo em conta a resposta assistencial que os cuidados na comunidade representam, possibilitam à pessoa com doença progressiva e incurável um acompanhamento em ambiente e local desejados. O papel das equipas comunitárias de cuidados paliativos envolve a prestação directa de cuidados, apoio à família, consultoria técnica e formação de outros profissionais. Estas equipas, também, têm um papel central na identificação e referenciação de doentes para outros serviços de cuidados paliativos.

Objectivos: Descrever os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados por uma equipa de cuidados paliativos domiciliários.

Material e Métodos: Estudo descritivo, tendo como participantes uma equipa de enfermagem de cuidados paliativos domiciliários, mais concretamente os três enfermeiros que integravam a equipa na ocasião da recolha de dados e que acompanhavam um conjunto de quinze doentes e suas famílias. Como instrumento de recolha de dados, a observação estruturada foi essencial para responder ao objectivo do estudo. Especificamente, a informação foi recolhida por meio de uma grelha de observação construída com base no Catálogo da CIPE® - Cuidados paliativos para uma morte digna. Nesta grelha foram incluídos todos os enunciados de diagnósticos de enfermagem previstos pelo International Council of Nurses para esta área de cuidados. Assim, em consonância com a observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros, foram assinalados os respectivos diagnósticos. Os dados preliminares são referentes à recolha de dados efectuada entre os dias 1 e 17 de Agosto de 2012. Para a análise e tratamento dos dados provenientes da grelha de observação foi elaborada uma base de dados em Excel. Esta permitiu a inclusão da listagem previamente definida de diagnósticos de enfermagem e o número de vezes que fossem identificados, contemplando ainda a possibilidade de acrescentar outros focos / diagnósticos observados aquando a prestação de cuidados realizada pelos enfermeiros da equipa e que não constassem do referido catálogo. Resultados: Os diagnósticos de enfermagem frequentemente identificados pela equipa de cuidados paliativos domiciliários participante neste estudo foram: caquexia, fadiga, integridade cutânea, comprometida, intolerância à actividade, edema e conhecimento acerca do regime medicação, falta de. De realçar que quatro dos seis diagnósticos de enfermagem prevalentes correspondem a necessidades fisiológicas ou de sobrevivência, sendo que os restantes dois correspondem a necessidades de segurança e protecção, conforme as necessidades definidas por Maslow. Conclusões: A actividade diagnóstica dos enfermeiros reveste-se de grande pertinência para os sistemas de informação em saúde, concretamente para os sistemas de informação em enfermagem. De facto, a utilização de enunciados diagnósticos possibilita, de modo consistente, obter a prevalência dos diagnósticos de enfermagem de uma determinada equipa / serviço.

P 74 **Comunicação de más notícias em Cuidados Paliativos**

Autores: Pacheco, Andreia F.P.; Pinho, Carla S. R.; Coelho, S. Patrícia F.

Instituições: Aluna de Mestrado - Universidade Católica Portuguesa - ICS Porto; Enfermeira UCC LDM Sidónio Alvares Pardal; Aluna de Mestrado - Universidade Católica Portuguesa - ICS Porto; Aluna de Doutoramento - Universidade Católica Portuguesa - ICS Porto

Introdução: A comunicação é uma ferramenta primordial do trabalho dos profissionais de saúde sendo essencial para uma prestação de cuidados de excelência. Traduz um dos pilares principais dos cuidados paliativos e apresenta-se como uma estratégia terapêutica de intervenção, tanto no sofrimento como no controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal. Os profissionais devem utilizar competências essenciais que permitam comunicar de forma verdadeira e honesta a informação que a pessoa deseja conhecer, a que pode suportar e a que possa entender e integrar. Neste sentido foram desenvolvidos protocolos que guiam e orientam os profissionais aquando da transmissão de más notícias. Estes protocolos não retiram a singularidade das relações e reacções humanas diante de uma má notícia, mas funcionam como directrizes que capacitam o profissional a ser um elo da relação terapêutica. Objectivo: Conhecer o estado da arte referente à comunicação dos profissionais de Enfermagem na transmissão de más notícias em cuidados paliativos.

Palavras-Chave: communication; bad news; palliative care; nursing.

Método: Revisão da literatura nas bases de dados ISI web of knowleged. Incluíram-se todos os artigos de língua inglesa; existentes em texto integral; com resumo e referências disponíveis e analisados por especialistas. No âmbito da pesquisa foram encontradas referências nas seguintes áreas nursing; oncology e geriatrics gerontology.

Resultados: A evidência demonstra que a maioria dos artigos são originais, num total de 36 resultados, existindo cinco artigos com maior enfoque, os quais são citados aproximadamente entre 3 e 11 vezes. Os temas mais focados nos artigos foram: comunicação, más notícias, comunicar a verdade, estratégias de comunicação, profissionais de saúde, cuidados paliativos, treino de competências e relação terapêutica. Denota-se um aumento gradual da produção científica desde o ano 2005, com predominância dos anos de 2008, 2010 e 2011, evidenciando-se a produção na língua inglesa.

Conclusão: Comunicar em cuidados paliativos é uma necessidade e uma obrigatoriedade pois todo o doente tem direito a saber a verdade, bem como fortalecer a relação entre a pessoa doente e o profissional de saúde e permite ao doente tomar decisões sobre o seu processo de doença. A comunicação eficaz mostra-se um instrumento de desempenho profissional e um indicador de qualidade na área dos cuidados paliativos. Esta comunicação deseja-se eficaz, para tal depende da formação padronizada, do treino e da experiência dos profissionais de saúde. Emerge a necessidade de formação adequada, de forma a capacitar os profissionais a transmitirem informações, de acordo com as necessidades de cada pessoa, pois esta competência pode quebrar barreiras, medos e mobilizar os recursos/capacidades para enfrentar a situação.

Tema: Luto

P 75 **Avaliação do apoio prestado à família no luto: a carta de condolências**

Autores: Milene Lima; Inês Almeida; Joana Coelho; Rita Santos; Maria de Jesus Gonçalves

Instituição: Hospital do Litoral Alentejano - Unidade de Cuidados Paliativos

Introdução: Em Cuidados Paliativos consideram-se como áreas fundamentais e de igual importância, o controlo sintomático, a comunicação adequada, o trabalho em equipa e o apoio à família. Em relação a este último ponto e segundo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2010), a família deve ser envolvida nos cuidados prestados aos utentes e, por sua vez, ser ela própria objeto de cuidados durante o processo de saúde doença e o luto. O luto define-se como uma reação a uma perda significativa que, na nossa ótica de qualidade de cuidados requer atenção e investimento pelos profissionais de saúde, sendo por vezes desvalorizado. Segundo Barbosa e Neto (2010), os serviços que prestam cuidados paliativos devem definir normas e procedimentos diferenciados para o acompanhamento posterior das famílias, com o objetivo de fornecer suporte emocional e evitar processos de luto complicados ou psico-patológicos. Desto modo, uma dos cuidados que o nosso serviço adotou para acompanhar as famílias no processo de luto foi o envio de uma carta de condolências um mês após a morte do utente.

Objetivos: Avaliar o impacto da Carta de Condolências no desenvolvimento do Processo de Luto das pessoas significativas/família.

Perceber quais os sentimentos envolvidos na receção da carta de condolências pelas pessoas significativas/família.

Desenvolvimento: De modo a atingirmos os objetivos propostos, procedemos a 30 contactos telefónicos a familiares de utentes que faleceram há mais de um mês (entre Maio de 2011 e Abril de 2012) na nossa unidade apresentando o estudo e pedindo a sua colaboração para a resposta ao questionário que colocámos de seguida. O questionário foi constituído por duas perguntas, em que na primeira se pretendia perceber a importância que os familiares dão à receção da carta de condolências e a segunda pretendia perceber os sentimentos envolvidos na receção da mesma. Os dados foram tratados recorrendo ao programa informático IBM SPSS Statistics 20.

Conclusão: As cartas de condolências são ferramentas importantes para diminuir o sofrimento das famílias. A maioria dos entrevistados afirma que a Carta de Condolências é muito importante no Processo de Luto, o que nos parece estar em consonância com o facto de recebermos muitas cartas de agradecimento no serviço em que os familiares fazem referência à carta, mostrando-se agradecidos por este gesto. Dos sentimentos propostos no questionário, os mais referidos pelos familiares foram os de conexão positiva. No decorrer da entrevista telefónica, quando foram referidos sentimentos negativos, os familiares referiram-nos que estes estavam relacionados com o sentimento de perda e não com a receção da Carta de Condolências. Apesar de nos parecer que as famílias que contactámos fizeram lutos normais, parece-nos importante criar outros instrumentos que nos possam ajudar a avaliar e a acompanhar o processo de luto.

Referências Bibliográficas: Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2010): www.portaldasaude.pt/.../ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf; Barbosa, António; Neto, Isabel Gálria Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006

P 76

Diagnóstico e Tratamento da Perturbação de Luto Prolongado

Autora: Marisa Almeida de Abreu

Instituições: USF Farol - ACES Central, ARS Algarve

Introdução: O Luto corresponde ao conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que surge como resposta a uma perda significativa. Perturbação de Luto Prolongado (PLP) é a designação atualmente aceite para descrever o luto complicado que se caracteriza pela presença de sintomas debilitantes que condicionam incapacidade funcional persistente e dificuldade de adaptação. Com uma prevalência estimada de 10-20% na população enlutada, esta perturbação associa-se a vários efeitos adversos na saúde mental e física, com aumento do desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, diminuição da imunidade, aumento do consumo de consultas médicas e de hospitalizações, bem como de cirurgias e ainda aumento da taxa de mortalidade, quando comparando com a população geral.

Objetivo: Apresentar uma revisão atualizada e sistematizada sobre o diagnóstico e o tratamento da PLP.

Material e Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Cochrane, Pubmed, BMC palliative care e Lilacs, utilizando as palavras-chave grief, mourning, bereavement e os termos chave pathological grief, prolonged grief, complicated grief e palliative care.

Resultados: É consensual, na comunidade científica, que existem fatores de risco para o desenvolvimento de PLP, onde se incluem fatores relacionais, circunstâncias da morte, fatores pessoais e fatores sociais. O diagnóstico desta perturbação implica que se estejam presentes cinco critérios: i) a existência do evento (morte de ente querido); ii) clínica de ansiedade de separação; iii) pelo menos cinco de nove sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais; iv) terem decorrido pelo menos 6 meses de luto; v) presença de disfunção social ou ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento. Acresce ainda um critério adicional que se refere à inexistência de outra perturbação ou condição médica que melhor justifique os sintomas. Atualmente é consensual entre os peritos que a abordagem terapêutica mais eficaz é o Tratamento Específico para a PLP, que associa a psicoterapia convencional com a psicoterapia cognitivo-comportamental. Esta eficácia parece aumentar quando se associam fármacos antidepressivos. Para facilitar a abordagem diagnóstica e terapêutica desta perturbação, existe um instrumento de avaliação designado por PG-13, recentemente validado para a população portuguesa.

Conclusões: Após a revisão literária realizada, verificou-se que a PLP é uma entidade ainda pouco reconhecida, apesar das co-morbilidades que lhe estão associadas, sendo muitas vezes confundida com outras patologias. O diagnóstico desta perturbação as-

enta em critérios específicos, aguardando-se atualmente a sua introdução na próxima revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM V. O tratamento específico para a PLP é aceite como a terapia mais eficaz, sendo, no entanto, necessária a realização de mais estudos que comprovem esta eficácia a longo prazo e ainda o possível incremento de eficácia com a associação de fármacos antidepressivos.

P 77

Continuidade do acompanhamento no Processo de Luto na comunidade

Autores: Helena Salazar (psicóloga), Ana Cristina Fryxell (médica), Margarida Castro Pereira (enfermeira), Cristina Figueiras (enfermeira)

Instituições: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) do ACES Setúbal e Palmela (ACESSP), Portugal

Introdução: De acordo com a definição de Cuidados Paliativos no Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2010) estes são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais. Tendo esta preocupação presente, de continuar o acompanhamento feito pela ECSCP do (), a ECSCP está presente, sempre que possível, no momento do falecimento e aos cuidadores principais das pessoas doentes falecidas, é feito um telefonema personalizado, na 1ª semana pós falecimento, pela psicóloga da ECSCP. O início deste programa foi em 2012 e é um programa único em Portugal.

Objetivos: Continuar o acompanhamento dado aos cuidadores principais de pessoas doentes falecidas pela ECSCP do (); Criar um grupo de apoio no processo de luto e criar um guia de apoio ao processo de luto (futuro).

Desenvolvimento: Os telefonemas são feitos pela psicóloga da ECSCP do () para os cuidadores principais das pessoas doentes falecidas. Nesse telefonema tem-se em consideração o acompanhamento feito pela ECSCP e os resultados dos instrumentos usados que nos permitem ter no momento do falecimento a identificação dos sinais preditores de risco de luto complicado. (Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit e Escala Claudicação Familiar tradução). É feito um telefonema na 1ª semana após falecimento, no 1º mês/ 3º mês/6º mês e 12º mês após o falecimento da pessoa doente falecida. Na primeira chamada é feita uma avaliação dos cuidados prestados, da reação ao processo de luto e combina-se a visita para o 1º mês após o falecimento. Nestes 6 meses do programa, o número de chamadas telefónicas feitas na 1ª semana pós falecimento foi de 29; Elemento quem falamos mais - esposa / filha; Duração do telefonema - a maioria 20 minutos; Aspectos positivos no seguimento da pessoa doente - apoio, proximidade, segurança, disponibilidade com da equipe, controlo sintomas, disponibilidade de fármacos; Aspectos negativos no seguimento das pessoas doentes - a distância da residência ao hospital; Utilidade do telefonema - muito útil em 100%; Receptividade ao telefonema e marcação visita ao 1º mês - muito bom em 100%; Número de casos de luto complicado - 5 casos.

Conclusão: É com grande satisfação que, após o segundo telefone percebemos que este é esperado e desejado no sentido de preencher algum isolamento social, bem como o momento para ser pedido apoio na resolução de alguns problemas da vida diária. Pensamos que os aspectos positivos enumerados pelas famílias são os que melhor podem definir qualidade de cuidados em Cuidados Paliativos e com este programa será realmente possível prestar a continuidade de acompanhamento aos principais cuidadores das pessoas doentes falecidas em cuidados paliativos como é defendido na definição de Cuidados Paliativos.

P 78

O luto da mulher de terceira idade: a vivência de quem ficou viúva Resultados preliminares de investigação fenomenológica

Autores: Lídia Maria Henriques Rego; José Carlos Bermejo Higuera (Orientador de tese); Ana Rita Almeida Alves Almeida D'Éça (Co-orientadora de tese)

Instituições: Instituto Ciência da Saúde, Universidade Católica de Lisboa

No poster a apresentar pretendemos partilhar os Resultados preliminares de uma investigação de metodologia qualitativa do tipo fenomenológica, desenvolvida no âmbito do Mestrado de Cuidados Paliativos, da Universidade Católica de Lisboa. A investigação centra-se na área do luto na terceira idade, especificamente na vivência de mulheres idosas após morte do marido previamente doente e acompanhado por equipas de cuidados paliativos. O tema do luto na terceira idade não está explorado de forma exaustiva e em Portugal, a caracterização é ainda mais limitada, pelo que surgiu a necessidade de iniciar este estudo com investigação qualitativa, fenomenológica, com recurso a entrevista aberta a 9 mulheres viúvas referenciadas por ter unidades de cuidados paliativos de Lisboa para melhor compreensão da sua vivência. A questão colocada foi: Por favor, descreva a situação de luto pela morte do seu marido que está a passar ou passou. Partilhe todos os pensamentos, todas as percepções e todos os sentimentos de que se possa lembrar desde que ficou viúva até agora, até que não tenha mais nada a dizer sobre a situação. No presente poster damos resposta, de uma forma resumida, às questões de Investigação/ Objetivos propostos no projeto de investigação: - Explicitar a experiência de luto das mulheres de terceira idade cujos conjugues morrerem no âmbito de cuidados paliativos - Identificar sentimentos, pensamentos e comportamentos as-

sociados à vivência de viuvez nas mulheres de terceira idade.

P 79

Para além de ti, mãe: O processo de elaboração do eu e do mundo depois da perda

Autores: Ana Margarida de Sousa Correia; Alexandra Coelho

Instituições: Unidade de Medicina Paliativa do Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: O luto complicado caracteriza-se pela vivência de uma experiência de perda geradora de intensas saudades e anseio pelo falecido, por um período superior a 6 meses, associada a sintomatologia emocional, cognitiva e comportamental com implicações significativas na vida social¹ e na saúde física e mental². Esta dificuldade de ajustamento na ausência da pessoa falecida está frequentemente associada a um esforço desorganizado para lidar com os aspectos traumáticos da perda e com a ruptura das convicções e esquemas pessoais que abalam profundamente o entendimento sobre o próprio, os outros, o mundo e a condição humana³. Face à desintegração do mundo assumido, a negação da informação traumática, a anestesia emocional e as ruminatórias repetitivas visam a redução do impacto da experiência de perda. No entanto, estas estratégias, enquanto mecanismos de defesa arcaicos, conduzem a dificuldade na expressão emocional⁴ e a incapacidade na elaboração das recordações e dos sentimentos de culpa⁵. Na adolescência, a morte de um progenitor acarreta um intenso impacto psicológico pela sensação de perda de protecção e segurança e pela necessidade de desenvolvimento de uma maturidade e responsabilização precoces⁶. Nesta fase do ciclo vital, o suporte social informal, a relação satisfatória com o progenitor sobrevivente, antes da perda⁷, e a possibilidade de comunicação aberta e liberdade de expressão emocional no contexto familiar⁸ são elementos protectores no processo de adaptação por permitirem que o adolescente entre em contacto consigo próprio, com a sua dor, e com os outros, promovendo a reconstrução de novos esquemas mentais e a sensação de segurança e de controlo.

Objectivos: Segundo uma abordagem de estudo de caso, conceptualmente baseada no modelo integrativo-relacional⁹, pretende apresentar-se o processo de estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa em luto realçando a função dos mecanismos de defesa e confronto, sem perder a perspectiva holística e integrativa da pessoa e dos vários factores constituintes do seu contexto e da sua vivência da perda.

Desenvolvimento: Trata-se de um indivíduo do sexo feminino, I., com 22 anos, que está em luto há 18 meses pela perda da mãe, a única figura estável de segurança, confiança e controlo ao longo do seu percurso. A perda do outro significativo e do mundo assumido abalou as referências protectoras, a integridade do eu e conduziu a uma situação de vulnerabilidade. I. confrontou-se com um mundo desconhecido e imprevisível e viu-se exposta às suas fragilidades que sempre tentou compensar através da imagem de protecção e estabilidade da mãe. A ruptura deste sistema de suporte assumiu, assim, um carácter traumático, provocando um efeito disruptivo na capacidade adaptativa, que se reflectiu no funcionamento diário, nas relações interpessoais e na interpretação da realidade. Perante esta experiência de desintegração, I. utilizou mecanismos defensivos arcaicos e improdutivos na elaboração da perda: identificação com o agressor (discussões abertas com o pai); isolamento e distração como evitamento do impacto negativo da perda; pensamento ruminativo e auto-culpabilização para encontrar a causa e repor a ordem do funcionamento interno; e diálogo interno com a mãe como forma de internalização da figura protectora.

O acompanhamento terapêutico centrado nas necessidades relacionais e no respeito pelas defesas pessoais, permitiu que I. fosse progressivamente acedendo, integrando e elaborando as sensações corporais, as memórias e as emoções associadas à experiência de perda e de trauma cumulativo, num processo evolutivo para formas mais maduras de adaptação à realidade.

Conclusão: A formulação deste caso encerra a necessidade de uma intervenção integrada consonante com as defesas pessoais do indivíduo e com respeito pelo tempo e pelo espaço necessários para o estabelecimento e consolidação de uma relação de confiança e de uma linguagem comum entre o terapeuta e o paciente.

Referências Bibliográficas: 1. Prigerson, H.G et al. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSMV and ICD-11. *PLoS Med*, 6(8), 1-12, e1000121. doi: 10.1371/journal.pmed.1000121; 2. Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*; 370, 1960-1973; 3. Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: The Free Press; 4. Payás, A.P. (2008). Funciones psicológicas y tratamiento de las ruminaciones obsesivas en el duelo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 28(102), 309-325; 5. Chiambretto, P., Moroni, L., Guarnerio, C. & Bertolotti, G. (2008). Validazione italiana del Questionario Prolonged Grief Disorder. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro e Ergonomia, Psicologia, Supplemento A*, 30(1), 105-110; 6. Tyson-Rowson, K. (1996). Adolescent responses to the death of a parent. In C. A. Corr & D. E. Balk (Eds.), *Handbook of adolescent death and bereavement*, pp. 155-172. New York: Springer; 7. Gary, R. E. (1987). Adolescent response to the death of a parent. *Journal of youth and adolescence*, 16(6), 511-525. doi: 10.1007/BF02138818; 8. Raveis, V. H., Siegel, K. & Karus, D. (1999). Children's psychological distress following the death of a parent. *Journal of youth and adolescence*, 28(2), 165-180. doi: 10.1023/A:1021697230387; 9. Payás, A.P. (2010). Las tareas del duelo. *Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós

P 80

O Profissional de Saúde e o Luto

Autores: Marina Arnoni Balieiro, Maria Helena Franco, Luciana Mazorra; Valeria Tinoco, Gabriela Casselato

Instituições: Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos, Instituto 4 estações:

Introdução: Considerando que os profissionais da área de saúde desenvolvem suas atividades em um espaço onde a presença da morte é constante, o presente trabalho propõe apresentar algumas das questões presentes na prática cotidiana da equipe profissional que cuida do paciente próximo do momento de sua morte, bem como de seus familiares. Pretende investigar como os profissionais de saúde lidam com a morte, e de que forma são atingidos por ela.

Essa relação de cuidado coloca em risco a saúde do trabalhador que de uma maneira ou de outra irá absorver o sentimento, as emoções e, portanto, o trauma do outro.

Objetivo: O objetivo deste estudo é verificar dentro de uma comunidade específica - os profissionais da área de saúde que atuam com paciente em internação hospitalar - como lidam com o processo da morte, observando desta forma se existe a necessidade de se propor alguma intervenção em sua atuação.

Material e Método: Trata-se de uma pesquisa quantitativa realizada com 39 profissionais da área de saúde de um hospital particular da cidade de São Paulo. Sendo estes participantes 21 médicos, 10 enfermeiros, 3 nutricionistas, 3 fisioterapeutas, 1 assistente social e 1 fonoaudióloga. Que consistia em responder a um questionário de 12 perguntas, onde as seis primeiras eram referentes à forma como os participantes haviam lidado com a morte desde sua infância, e as seis últimas, diziam respeito ao contato destes com a morte no âmbito profissional.

Resultados: A análise dos dados permitiu evidenciar que os profissionais de saúde, assim como o resto da população, esta cada vez mais distante do processo de luto, sem ser discutido e explorado o tema de forma aberta. Verificou-se também a importância que a religião tem nestas questões, exercendo uma função dual. A morte é vivida pelos profissionais como fracasso gerando tristeza e desconforto. Podem ser evidenciadas quatro situações que trazem mais dificuldades por parte dos participantes: morte de criança, morte súbita/ inesperada, morte de parentes/ amigos, e dificuldade de abordar os familiares.

Conclusão: O profissional de saúde não está preparado para lidar com a situação de perda, da morte, e acreditamos ser importante criar espaços que possibilitem que os profissionais deste Hospital possam expressar seus sentimentos. Através da criação do Grupo Cuidar de quem cuida e de plantão psicológico.

P 81

Morreu e agora? Como o profissional de saúde lida com a morte na Unidade de Internação

Autores: Marina Arnoni Balieiro; Maria Helena Franco; Valeria Tinoco; Gabriela Casselato; Luciana Mazorra

Instituições: Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos, Instituto 4 Estações
Em meio à crescente negação do sofrimento humano na contemporaneidade, a morte é cada vez mais banida do cotidiano e confinada aos hospitais.

Inicialmente, os cuidados aos moribundos eram realizados dentro de suas próprias casas, quer pelos familiares, quer pelos curandeiros ou, até mesmo pelos médicos que os visitavam. Com o desenvolvimento do capitalismo, a criação do indivíduo e o desenvolvimento de uma ciência natural cada vez mais capaz de manipular a natureza, o cuidado aos doentes, de maneira gradual, passou a se constituir como um ofício e não mais como caridade, ato de piedade ou misericórdia. (Lago, 2010).

Objetivo: O presente trabalho propõe apresentar algumas das questões presentes na prática cotidiana da equipe profissional que cuida do paciente próximo do momento de sua morte, baseado na vivência da equipe de cuidado em virtude da perda de um paciente.

Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada a partir de um encontro interativo, realizado com a equipe de enfermagem do setor de pediatria de um Hospital particular situado na cidade de São Paulo.

Resultado: A análise dos dados permitiu evidenciar que estes profissionais percebem a morte como selvagem (Ariès), encontrando grande dificuldade de lidar com a morte (trazendo desconforto e tristeza) por se vincularem com os pacientes, assim relatando se sentirem inúteis.

Conclusão: Foi possível verificar que os sujeitos de pesquisa vivenciam o luto pela morte de seus. Paciente. Verificamos também que o processo de adoeecer e morrer pode fazer com que os profissionais da área de saúde venham a adoeecer e, portanto é preciso cuidar de quem cuida.

P 82

O papel da equipa de enfermagem no acompanhamento do luto

Autores: Cristina Francisco; Maria José Pacheco; Mickael Pião; Lílina Rodrigues

Instituições: UCC da lagoa; Equipa de Cuidados Continuados de Lagoa - ACES Barlavento

Introdução: O luto é uma reacção natural, normal e esperada de adaptação a uma perda significativa, que engloba várias fases ou tarefas. Apesar de ser, aparentemente, um mecanismo universal, cada indivíduo tem uma forma idiossincrática de o vivenciar e o processo varia não só de pessoa para pessoa, como também de acordo com a faixa etária em que esta se encontra.

Objetivo: Reflectir sobre a importância do apoio da equipa de enfermagem aos cuidadores dos doentes paliativos em processo de Luto, em contexto domiciliário.

Desenvolvimento: O luto é uma experiência de sofrimento total, entendendo-se como o processo físico, psico-emocional, sócio-familiar e espiritual porque passa a pessoa

que sofreu a perda de um ente querido. A reação ao luto caracteriza-se por ser única. É uma vivência completamente pessoal e intransferível, dinâmica, que muda a cada momento e com uma cronologia complexa, não se sabe muito bem quando começa nem quando acaba. A maioria das pessoas enfrentam o luto de forma efectiva, mas 10 a 20% apresentam dificuldades importantes no seu processo de adaptação. A identificação do risco de luto complicado deverá basear-se nos factores de risco, na avaliação clínica e na informação acerca do ambiente/constituição familiar (genograma). A avaliação dos factores de risco implica quatro categorias de informação: características da doença, dos cuidados paliativos e da natureza da morte; características da pessoa enlutada; relações interpessoais; características do falecido. Não se recomendam intervenções formais ou estruturadas no luto normal. Deverá ser disponibilizada informação sobre o processo de luto e sobre os recursos disponíveis e apoio emocional básico. Conclusão: Os profissionais de saúde que acompanham os doentes terminais e os seus familiares/cuidadores deverão ter acesso a uma formação elementar/básica em luto que os capacite para prestar cuidados às pessoas em processo de luto, compreender e explorar as suas necessidades, avaliar os factores de risco, identificar as pessoas com luto complicado e encaminhá-las para um serviço especializado.

Tema: Organização de serviços

P 83

Relato de Experiência: Proposta para identificação de necessidades e impacto da existência de um serviço de Cuidados Paliativos em hospitais

Autores: Ricardo Tavares de Carvalho (Médico Coordenador); Simone Henriques Bisconsin Torres (Médica); Henrique Gandara Canosa (Médico); Douglas Henrique Crispim (Médico); Ednalda Maria Franck (Enfermeira); Leticia Andrade (Serviço Social); Ana Beatriz Brandão dos Santos (Psicóloga); Daniela Cristina Rodrigues Bernardes (Psicóloga) Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/Brasil

Introdução: Estatísticas norte-americanas mostram que mais de 50% dos doentes com doenças terminais e avançadas morrem em hospitais gerais. Além disso, a grande maioria deles passam os últimos dias de vida internados em unidades de terapia intensiva (UTI), recebendo tratamentos intervencionistas e que prolongam o processo de morte. Outros estudos tem mostrado o impacto na qualidade da assistência (controle dos sintomas, efectiva comunicação, assistência integral aos pacientes e famílias) e na redução dos custos de internação, após a implementação de um serviço de cuidados paliativos (CP).

Objetivos: Descrever a experiência de elaboração de proposta para identificação de necessidades da assistência em CP além do impacto económico e operacional potencial com a implementação de um serviço de Cuidados Paliativos em um hospital universitário. Desenvolvimento: Foi realizado levantamento retrospectivo por análise de cerca de 70000 internações, durante todo o ano de 2010, em um grande complexo hospitalar. Pode-se assim identificar através de critérios específicos, entre as internações, aquelas referentes a pacientes com diagnósticos compatíveis com terminalidade de vida que receberam alta e aquelas que culminaram em óbito. Assim pode-se fazer o cálculo do número de pacientes-dia naquele ano e sua média de permanência hospitalar. Foi feita uma estimativa, levando em conta o custo da diária de internação no hospital em comparação com o valor que seria caso esses pacientes estivessem alocados em leitos de CP, em suas diferentes modalidades. Observou-se uma projeção de redução de custo de 55% no total das internações, o que corresponderia a uma economia de mais de 4 milhões de Euros por ano. Para tal, seria necessária a criação de 68 leitos de cuidados paliativos distribuídos em enfermaria e hospice. A abertura destes novos leitos possibilitaria cerca 3.500 novas internações em enfermaria e 250 novas internações em UTI naquele ano.

Conclusão: A estruturação de um serviço em rede de Cuidados Paliativos e sua implementação foi possível neste hospital universitário após a realização de um projeto que analisou a demanda através do reconhecimento dos doentes utilizando avaliação específica. De acordo com a fase de evolução da doença postulou-se o grau de complexidade do atendimento. A diferença do custo diário de leitos convencionais e de CP para os pacientes indicados representariam economia além de poder permitir um número maior de admissões no hospital caso uma rede externa de CP fosse criada.

P 84

Limitações de uma equipa de cuidados continuados na prestação de cuidados aos doentes paliativos

Autores: Maria José Pacheco; Cristina Francisco; Mickael Pião; Liliانا Rodrigues Instituições: UCC DALagoa; Equipa de Cuidados Continuados de Lagoa - ACES Barlavento Introdução: A equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) presta cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas. Os doentes paliativos apresentam necessidades complexas, de difícil resolução, que requerem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Objectivo: Explicitar as dificuldades inerentes à prestação de cuidados ao doente paliativo vivenciadas pelos enfermeiros da ECCI.

Desenvolvimento: O domicílio do doente é o seu local de maior identidade e onde as suas relações de vida se tornam mais presentes. O acompanhamento do doente, pela ECCI, ajuda a desmistificar a complexidade da sua doença, os medos em relação à terapêutica, sobretudo os opióides e promove a adesão ao regime terapêutico. As visitas aos doentes paliativos tendem a ser demoradas, com duração mínima de 45 a 50 minutos e exigem

atenção a detalhes e tempo, o que constitui a principal limitação, dado que a ECCI dispõe de um escasso número de recursos humanos e tem de assegurar cuidados a um elevado número de doentes. Outra limitação, não menos importante, é a ausência de terapêutica específica (não disponível na farmácia de oficina), essencial para realizar o controlo sintomático no domicílio. A prestação de cuidados domiciliários eficazes e de qualidade ao doente paliativo requer uma equipa multidisciplinar com formação específica, dotada de terapêutica e, pelo menos, um cuidador capaz de assegurar os cuidados ao doente na ausência da equipa de saúde. Conclusão: Uma equipa de enfermagem com formação específica em cuidados paliativos pode monitorizar as necessidades do doente e da sua família e alertar para possíveis mudanças nas prescrições, novas orientações ou outras necessidades de assistência. No entanto, é necessária a compreensão dos gestores de saúde no sentido de criar uma equipa exclusiva para os cuidados paliativos domiciliários, porque é possível e urgente fazer mais e melhor, dado que os doentes existem e as suas necessidades são evidentes e requerem apoio especializado integrado e interdisciplinar.

P 85

Factores determinantes do acesso a internamento especializado em cuidados em fim de vida

Autora: Alexandra Gonçalves

Instituição: Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Introdução: São poucos os portugueses em situação de doença crónica e avançada (ou seus cuidadores) que beneficiam de cuidados de saúde especializados, ajustados às suas necessidades pluridimensionais. A acessibilidade às unidades de internamento (UCP) integradas no sistema público continua a ser problemática, o que compromete a qualidade dos cuidados em fim de vida. Pouco que se sabe acerca da população que não chega a ser integrada, apesar de identificada pelos profissionais como carecendo de intervenções que não podem ser asseguradas no domicílio.

Objectivos: 1) Caracterizar do ponto de vista clínico-demográfico os doentes que apesar de propostos não chegaram a ser admitidos em UCP e 2) identificar factores que possam ter condicionado a não integração em UCP.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo, incluindo todos os utentes referenciados, num ano, por uma equipa intrahospitalar de suporte em cuidados paliativos para UCP. Recolheram-se dados demográficos (sexo, idade, local de cuidados, cuidador) e clínicos [diagnóstico, tempo de doença, tratamento em curso, índice de Charlson, performance status, sintomas não controlados (dor, dispneia, vômitos e delirium)] à data de referência. Contabilizaram-se na base informática da instituição as idas à urgência e os dias de internamento em função da data de referência para UCP.

Resultados: Dos 67 referenciados, 56 (84%) não foram integrados em UCP, 11 por recusarem a vaga atribuída. Integrados e não integrados apenas se distinguiram, e de forma marginal ($p=0,047$), pelo tempo de sobrevivência após a referência [mediana 20 semanas (IC95% 7-39) e 6 semanas (IC95% 3-8), respetivamente]. Um (9%) dos integrados e 34 (79%) dos não integrados faleceram no hospital ($p<0.001$), mas não se apurou diferença com significado estatístico entre os grupos quanto ao número de admissões e duração média da estadia em hospital de agudos após a referência. Conclusões: O prognóstico foi, nesta amostra, o único factor preditivo da admissão em UCP do sistema público. Importa validar este achado noutras populações, como forma de ajudar a melhorar o processo de referência.

P 86

Identificação da necessidade de formação de equipe multiprofissional de cuidados paliativos em hospital universitário terciário

Autores: Ricardo Tavares de Carvalho (Médico Coordenador); Ana Beatriz Brandão dos Santos (Psicóloga); Ednalda Maria Franck (Enfermeira); Henrique Gandara Canosa (Médico); Luis Alberto Saporetti (Médico); Douglas Henrique Crispim (Médico); Simone Henriques Bisconsin Torres (Médica); Leticia Andrade (Serviço Social); Daniela Cristina Rodrigues Bernardes (Psicóloga)

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

INTRODUÇÃO: Com o aumento da longevidade houve o aumento da prevalência de doenças crónicas, progressivas e ameaçadoras da vida. A atual formação dos profissionais de saúde em geral não os capacita para o reconhecimento das questões ligadas a terminalidade da vida e a forma apropriada de abordá-la, dentro dos aspectos ligados a cuidados paliativos (CP). Apesar de existirem critérios na literatura para reconhecimento dos doentes não há em geral a sistematização para o mesmo. Por esta razão, houve a proposta de reconhecimento dos doentes através de avaliação específica desencadeada por questionário, alocação adequada dos doentes em terminalidade, por complexidade e a criação de estrutura de atendimento em CP.

OBJETIVO: Realizar o levantamento, com questionário específico, da demanda de CP e a necessidade de dimensionar a equipe multiprofissional especializada. Identificar em um levantamento vertical, de um dia, a presença de doentes com critérios de doença avançada, terminalidade e até expectativa de óbito durante aquela internação.

MATERIAL E MÉTODO: Este levantamento foi feito através de questionário específico aplicado aos médicos assistentes referindo-se a cada doente de forma individual. Os doentes foram classificados de acordo com perfis pré-estabelecidos pela equipe de pesquisa. Definiu-se como perfil I doente com perspectiva de muitas intervenções modificadoras da doença; perfil II doente com perspectiva de poucas intervenções modificadoras da doença; perfil III doente com doença avançada sem perspectiva de terapia de

cura (exceto transplante); perfil IV doente sem perspectiva de tratamento curativo e nem transplante; e perfil V doente em fase final de vida (últimos dias ou semanas). Nosso foco nesse momento foi a avaliação dos doentes perfil IV e V. Os dados foram analisados em planilhas identificando-se o percentual de doentes em cada um dos perfis. As respostas ao questionário refletiam, além de dados técnicos, as impressões subjetivas dos médicos que os respondiam.

RESULTADO: Foram analisados os questionários referentes a 568 doentes internados no hospital naquele dia. Identificou-se que como um todo, 25% dos doentes se enquadraram no perfil IV e 12% dos doentes no perfil V. Dividindo-se os doentes de acordo com sua localização no hospital entre Pronto Socorro, UTIs e enfermarias foram classificados com perfil IV respectivamente 21%, 11%, 11% e com perfil V, respectivamente 16%, 29%, 11%. **CONCLUSÃO:** Estima-se que exista um número elevado de doentes com necessidades de cuidados paliativos exclusivos em hospitais de grande porte. A organização da assistência nesse contexto constitui-se um grande desafio. O presente instrumento de avaliação deverá ser melhor avaliado quanto ao seu potencial para reconhecimento desses doentes em outras instituições.

P 87

Da comunidade para o internamento: refletir sobre cuidar na agonia

Autora: Catarina Pazes

Instituições: Equipe Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja +, ACES - ULS do Baixo Alentejo

Introdução: A adequação de cuidados na agonia é um dos objetivos do acompanhamento em Cuidados Paliativos. A transição entre diferentes níveis de cuidados e tipologias de serviços pode ser inevitável na fase final da vida. A garantia da qualidade dos cuidados não pode ficar em causa, sendo por isso necessárias mudanças na organização dos serviços em função da adequação de objetivos terapêuticos para cada doente, assim como na articulação (desburocratizada) entre prestadores de cuidados.

Objetivos: Apresentar caso clínico; Refletir sobre a organização de serviços e a prestação de cuidados na agonia. Doente do sexo feminino, 75 anos de idade, com AP de neoplasia do ovário com metastização ganglionar, hepática e pulmonar, assim como sequelas de AVC, referenciada à Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos A (Equipa) pelo Hospital de Dia/Unidade de Oncologia da sua área de residência para controlo sintomático (dor e diarreia profusa decorrente de 1ª sessão de QT). A doente iniciou acompanhamento pela Equipa a 6/08/2012 tendo obtido controlo sintomático em dois dias. A 15/08/2012 a filha (cuidadora) solicitou visita da Equipa por agravamento da situação (vómitos de cor escura, gemido e respiração ruidosa). À observação doente agônica, com estertor, dor não controlada e hematemeses profusa. Explicada à filha a situação e previsível morte da doente em horas ou dias e discutidos com a mesma os objetivos terapêuticos. A filha manifestou vontade de que a mãe fosse internada para que não falecesse no domicílio. Dada a previsibilidade de morte iminente e a impossibilidade de internamento em Unidade de Cuidados Paliativos em curto espaço de tempo, foram feitas várias diligências que permitissem de imediato o internamento no Hospital da área de residência, sem que a doente permanecesse no SU (única forma de entrada no Hospital num dia feriado). Foram ainda desenvolvidos contactos (presencial e telefónicos) para que fosse garantida a manutenção da terapêutica instituída pela Equipa, tendo a doente sido internada cerca das 14H30 no serviço de especialidades médicas onde são habitualmente internados os doentes oncológicos. Um elemento da Equipa acompanhou presencialmente a doente durante a passagem pelo SU e contactou os profissionais no serviço onde a mesma ficou internada, manifestando disponibilidade e deixando número de telefone para contacto a qualquer hora caso necessitasse de reajuste terapêutico. No turno da tarde a Equipa contactou telefonicamente os colegas do internamento reiterando disponibilidade para apoio e discussão de objetivos terapêuticos. Não houve nenhum contacto com Equipa durante turno da noite. A doente faleceu às 10H da manhã seguinte, tendo então sido consultadas notas de enfermagem e médicas sobre a evolução da situação e decisões tomadas. Constatou-se que a doente foi avaliada pelas OH pelo médico do SU por manter respiração ruidosa, tendo feito medicação compatível com diagnóstico de edema pulmonar ou crise asmática. Não teve até à sua morte mais nenhuma avaliação ou acompanhamento médico. Foi sucessivamente aspirada, substituída via SC por via EV, colocado O2 por máscara e algaliada.

Conclusão: Esta situação, que configura défice de conhecimentos sobre sintomatologia e terapêutica de doentes terminais/agônicos, encarniçamento terapêutico e má prática foi inicialmente motivadora de frustração para a Equipa tendo posteriormente servido de mote para a discussão com responsáveis de serviço e propostas de alteração de práticas clínicas ao conselho de administração. No momento em que se começa a trilhar o caminho da Rede Nacional de Cuidados Paliativos urge motivar uma discussão séria sobre os serviços de saúde existentes e necessários, adequação e proporcionalidade de cuidados, articulação desburocratizada entre os diferentes níveis de cuidados, bem como sobre a valorização e reconhecimento de competências profissionais específicas nesta área.

P 88

Perfil de atendimentos de um grupo de interconsulta de cuidados paliativos de um hospital terciário

Autores: Ricardo Tavares de Carvalho (Médico Coordenador); Ednalda Maria Franck (Enfermeira); Ana Beatriz Brandão dos Santos (Psicóloga); Henrique Gandara Canosa (Médico); Luis Alberto Saporetto (Médico); Douglas Henrique Crispim (Médico); Simone

Henriques Bisconsin Torres (Médica); Letícia Andrade (Serviço Social); Daniela Cristina Rodrigues Bernardes (Psicóloga)

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

Introdução: Dentre as modalidades de atendimentos em cuidados paliativos, o atendimento sob a forma de grupo interconsultor constitui-se em uma implementação mais facilitada. Esta forma de atendimento apresenta vantagens e desvantagens. O presente estudo destina-se a descrever o perfil dos atendimentos por essa modalidade em um hospital terciário universitário de grande porte entre janeiro de 2010 e maio de 2012.

Objetivo: Caracterizar a população de acordo com o gênero, a idade, diagnóstico, funcionalidade, motivo da consulta, contexto do doente, utilização de opióide, sintomas a paliar, seguimento das condutas, localização do paciente dentro do complexo hospitalar. **Materiais e Métodos:** Os dados foram coletados a partir de instrumento confeccionado especificamente para este fim. As informações coletadas foram tabuladas e os dados organizados de forma que se pudesse identificar os dados de interesse. Para a classificação funcional dos pacientes foi utilizada a Palliative Performance Scale PPS.

Resultado: No período de Janeiro/2010 a Maio/2012 foram realizados 735 atendimentos de casos novos. A amostra foi composta por 55,37% de doentes do gênero masculino e 44,63% do feminino. A idade média foi 65,61 anos. Entre os diagnósticos, 342 câncer, 102 seqüela neurológica, 48 cardiopatia, 42 fragilidade, 32 falência orgânica, 31 insuficiência hepática, 27 demência, 23 pneumopatias, 21 insuficiência renal crônica dialítica, 13 HIV e 23 outros. Com relação a funcionalidade (PPS), constatou-se que 37,76% dos doentes apresentavam PPS 10%, 13,01% com PPS 20%, 21,26% com PPS 30%, 11,39% com PPS 40%, 10,20% com PPS 50% e 6,29% com PPS maior que 60%. Os principais motivos de chamado para interconsulta foram tomada de decisão 83%, controle de sintomas 6% e discussão de terminalidade 4%. Em relação à fase de evolução da doença nos anos de 2010, 2011 e 2012, tivemos respectivamente fase final de vida 61,11%, 38,79% e 28,3% e terminalidade sem perspectiva de alta hospitalar 7,41%, 14,95% e 21,9%. No mesmo período houve a utilização de opióide por 50,34% do total de doentes, sendo respectivamente 16,4%, 21% e 26,5% de forma correta e 83,6%, 76,1% e 73,5% incorreta. Dentre os sintomas a paliar os mais encontrados foram dor (38%) e dispnéia (31%), porém ambos foram apresentados por 13%. Nesse mesmo período a conduta foi seguida em 62,2%, 69, 23% e 86,14% respectivamente e parcialmente seguida em 28,89%, 29,33% e 10,86%. A localização do doente dentro do complexo hospitalar foi de 35,58% no PS, 34,46% em enfermarias e 29,96% em UTI.

Conclusão: A demanda pelo atendimento de cuidado paliativo em um hospital terciário é bastante elevada e a implementação de uma modalidade de atendimento por interconsulta já começa a identificar diversas necessidades de organização de um serviço melhor estruturado. Ainda há necessidade de maior entendimento do que é cuidado paliativo, qual o momento mais apropriado para solicitar atendimento do grupo interconsultor e aderência às condutas sugeridas. Novas demandas irão surgir com o desenvolvimento das atividades.

P 89

Casamento Feliz

Autores: Cláudia Souza, Clementina Mendonça, Docilia Dinis, Josefina Moraes, Rui Carneiro

Instituição: Equipa de Cuidados Continuados Integrados Barcelinhos, Instituto Português de Oncologia - Porto

Introdução: A Medicina centrada no doente, especialmente no contexto domiciliar mostrou ser uma forma eficaz, geradora de satisfação para doentes, família e benéfica para o equilíbrio dos sistemas de saúde. Em Portugal, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) podem ser veículos de prestação de cuidados terminais no ambiente domiciliário, especialmente se existir facilidade de consultoria com as equipas de cuidados paliativos terciários. Este resumo apresenta um caso clínico onde a articulação da equipa hospitalar com a equipa de cuidados continuados integrados funciona como apoio do doente e sua família nos aspectos físicos, psíquicos, emocionais, social, na fase avançada da doença. **Objetivos:** Demonstrar a articulação dos cuidados paliativos hospitalares com equipa de cuidados continuados integrados como benefício para o doente, família e sistema de saúde. Evidenciar o trabalho de uma equipa de cuidados paliativos domiciliários com o apoio da equipa hospitalar, sob o ponto de vista físico, psíquico, emocional e social. **Desenvolvimento:** O caso clínico reporta-se a uma doente com 72 anos, com diagnóstico de neoplasia invasora da vagina com metastização pulmonar, supra - renal e recidiva vaginal, em fase avançada. Era seguida em consulta hospitalar de cuidados paliativos tendo apresentado intercorrência de infecção respiratória. Devido astenia e total dependência das atividades da vida diária a utente passou a deslocar-se a unidade hospitalar em maca e transporte adequado. Comunicado ao médico de família o ponto de situação da doente, houve a referência da mesma para a equipa de cuidados continuados integrados. Desde da admissão na equipa, a situação clínica da doente evoluiu, apesar do agravamento da doença, com controlo dos sintomas, principalmente otimização da analgesia de acordo com as queixas algícas, tratamento das intercorrências, apoio emocional, psíquico e social. A equipa tem como plano de cuidados: controlo dos sintomas, prevenção das complicações, promoção do conforto, apoio psicológico, emocional, social, e acompanhamento doente e família no processo da doença. A equipa hospitalar continua com o seguimento da doente, em regime de consultoria telefónica dando o necessário apoio à equipa de cuidados continuados domiciliários ou ainda em caso de necessidade de internamento por sintomas não controlados em domicílio.

Conclusão: Capacitar as equipas de suporte domiciliário significa apostar na formação estruturada, na disponibilização de tempo e material necessários, bem como rápida pos-

sibilidade de obtenção de consultoria por unidades paliativas terciárias. Com este caso podemos demonstrar a articulação entre equipe hospitalar e equipe de cuidados continuados domiciliares é benéfica para o utente, família e sistema de saúde.

P 90

Análise das internações para tratamento hospitalar de intercorrências clínicas de pacientes oncológicos no rio grande do sul brasil

Autores: Cledy Eliana dos Santos; Newton Barros; Martha Helena Zuardi; Fabiana Hauser; José Américo Serafim

Instituições: Serviço de Dor e Cuidados Paliativos, Hospital Nossa Senhora da Conceição/ Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre/RS-Brasil

Introdução: No Brasil são registrados anualmente cerca de 470 mil novos casos de câncer e 130 mil mortes pela doença. No Rio Grande do Sul os casos de câncer são a segunda causa de morte, atrás apenas das doenças cardiovasculares. Apesar dos avanços obtidos no diagnóstico precoce e no tratamento dos pacientes oncológicos, estima-se que parte dos acometidos pelo câncer irá apresentar algum tipo de intercorrência clínica devida à patologia oncológica ou ao seu tratamento, necessitando de internação hospitalar para controle da complicação. Dessa forma, o tratamento deve contemplar terapêuticas antineoplásicas e ações de cuidado paliativo. No entanto, essa área de cuidado tão importante é ainda bastante incipiente no nosso país. A ausência de uma Política Nacional de Cuidados Paliativos resulta, muitas vezes, na falta de parâmetros para oferecer uma adequada cobertura assistencial, pouca clareza na definição das responsabilidades, em ações por vezes desarticuladas, parciais ou redundantes.

Objetivos: 1) Analisar as internações relacionadas com intercorrências clínicas de pacientes oncológicos no Estado do Rio Grande do Sul para verificar a utilização dos leitos hospitalares; 2) Avaliar necessidade de expansão de Serviços de Cuidados Paliativos.

Metodologia: O presente trabalho apresenta o levantamento das internações hospitalares das INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS EM PACIENTE ONCOLÓGICO registrados no Estado do Rio Grande do Sul, pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS DATASUS).

Resultados: Entre 2002 e 2011 foram registradas 489.668 internações por neoplasia no Rio Grande do Sul (média 49 mil internações/ano). A média de permanência foi de 7,17 dias e a taxa de mortalidade hospitalar 8,6%. Cerca de 40% dos atendidos são realizados na capital do Estado. Do total de internações por neoplasia registradas em 260 cidades do estado, no referido período, 136.715 (28%) foram intercorrências clínicas em pacientes acima de 15 anos, sendo que 21% resultou em óbito (28.528). A média de permanência hospitalar foi de 8,5 dias. No período 2002 a 2010, observa-se uma média anual de 14.300 internações para tratamento de intercorrências clínicas em paciente oncológico e a utilização de 345,7 leitos/ano. Em 2011 ocorreu uma redução de quase 44% no número de internações (7.979).

Conclusão: Considerando o número reduzido de Serviços de Cuidados Paliativos no Estado e a necessidade urgente de estabelecer parâmetros de cobertura assistencial, recomendações técnicas ideais, as informações das internações hospitalares dos pacientes oncológicos podem ser de grande utilidade não somente para avaliar a situação dos pacientes admitidos, doenças mais prevalentes, tempo de permanência hospitalar, taxas de mortalidade e as condições do paciente no momento da alta, mas também para verificar o acesso aos serviços de saúde, alocação de recursos e a efetividade da assistência prestada.

P 91

A inclusão dos cuidados paliativos no sistema único de saúde brasileiro

Autores: Larissa Cássia Gruchovski Verissimo, Sílvia Maria Santiago

Instituição: Universidade Estadual de Campinas

INTRODUÇÃO: O aumento da expectativa de vida da população mundial tem trazido importantes questões ao setor saúde, especialmente com relação à prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis, como, por exemplo, câncer, diabetes e doenças cardiovasculares.

Em um país, onde a cultura médica centra-se nos diagnósticos tardios, com o descobrimento de doenças em fases avançadas, revelando uma expectativa de vida curta e alta mortalidade aos pacientes, torna-se necessário aprender a lidar com as perdas em um contexto de doenças que atingem grande parte da população.

Este é um desafio que poucos se disponibilizam a conhecer, discutir, e muito menos a enfrentar. Cuidar de indivíduos com doenças terminais e seus familiares é uma atividade ou um modelo de atenção à saúde, que atualmente é denominado de cuidados paliativos.

OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi identificar como os cuidados paliativos se inseriram nas políticas de saúde do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

DESENVOLVIMENTO: Segundo a Associação Nacional Brasileira de Cuidados Paliativos, há ainda uma escassez de instituições que trabalham com os pacientes que precisam desses cuidados. No Brasil, em 2007, havia menos de 20 entidades especializadas na oferta de cuidados paliativos e entre 20% e 30% dos leitos das Unidades de Terapia Intensiva eram ocupados por esses pacientes.

Oficialmente, os cuidados paliativos foram normatizados no Brasil a partir da Portaria 3.535 de 2 de setembro de 1998, que estabeleceu o cadastramento de centros de atendimento em oncologia (Centro de Alta Complexidade em Oncologia I – CACON I), enfatizando o trabalho multiprofissional integrado e inserindo outras modalidades assistenciais.

Quatro anos mais tarde, a Portaria nº 19 de 3 de janeiro de 2002, inseriu no Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa Nacional de Assistência a Dor e Cuidados Paliativos, trazendo em seu Artigo 1º, item b a afirmação: Estimular a organização de serviços de saúde multidisciplinar para a assistência a pacientes com dor e que necessitam de cuidados paliativos.

Além dessas, em 2002, a portaria nº 1.3.19/GM de 23 de julho estabeleceu os Centros de Referência em Tratamento da Dor, e a portaria nº 881, de 19 de julho de 2001, instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar que dá subsídios a implementação de serviços de cuidados paliativos no país.

A última portaria divulgada nesse âmbito, foi a nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005 que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, como orientadora dos cuidados nas estâncias de baixa, média e alta complexidade de pacientes com câncer.

Acredita-se que as ações de cuidados paliativos podem e devem ser inseridas em todos os níveis, inclusive na atenção primária à saúde. Essas ações envolvem não só o apoio multidimensional (físico, espiritual, psicológico, social e afetivo) aos indivíduos e famílias que vivem o câncer e outras doenças em estágio avançado, ineleáveis para tratamento curativo ou com essa possibilidade esgotada, mas também o cuidado aos indivíduos no início da doença, através de orientação, encaminhamento e suporte adequado. Ao garantir a capacitação dos profissionais de saúde neste cuidado, em todas as instâncias dos níveis de atenção à saúde, aproximamos o cuidado do território onde vivem essas pessoas, possibilitando auxílio em todas as fases de desenvolvimento da doença, até o seu fim.

CONCLUSÃO: Conclui-se que todos os profissionais de saúde, em especial os da atenção primária, têm papel relevante no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas (não-transmissíveis).

Dessa forma, entende-se que o governo tem papel fundamental na garantia da atenção integral do paciente, inclusive no paliativismo, através da implementação de programas e políticas que garantam esta assistência, além da capacitação dos profissionais de saúde envolvidos com tal cuidado no país.

REFERÊNCIAS: ANCP. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. As ações de cuidados paliativos no Brasil. 2012. Disponível em: <<http://www.ancp.com.br>>. Acesso em: 26/06/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Brasília: DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 13/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006e. 120p SMITH, G. F.; TOONEN, T. R. Primary Care of the Patient with Cancer. American Family Physician, v.75, n.8, p.1207-1214, Apr. 2007. SIEGEL, R.; NAISHADHAM, D.; AHMEDIN, J. Cancer Statistics 2012. CA Cancer J Clin. Jan-Feb;62(1):10-29.2012.

P 92

Linha de frente: estrutura e funcionamento de um grupo de interconsulta em um hospital terciário universitário

Autores: Ricardo Tavares de Carvalho (Médico Coordenador); Douglas Henrique Crispim (Médico); Luis Alberto Saporetti (Médico); Henrique Gandara Canosa (Médico); Simone Henriques Bisconsin Torres (Médica); Ednalda Maria Franck (Enfermeira); Leticia Andrade (Serviço Social); Ana Beatriz Brandão dos Santos (Psicóloga); Daniela Cristina Rodrigues Bernardes (Psicóloga)

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

Introdução: Dentre as modalidades de atendimento em Cuidados Paliativos (CP), o grupo de interconsulta tem papel essencial. É o responsável pela identificação, estratificação de pacientes de acordo com seu perfil clínico, além de realização de um controle rápido dos sintomas, abordagem inicial do paciente e familiares, comunicação de más notícias e elaboração de um plano terapêutico. A qualidade assistencial e agilidade deste grupo tem papel central a influenciar o futuro dos doentes e a melhorar a gestão de camas no hospital.

Objetivo: Caracterizar a estrutura e modo operacional de um grupo de interconsulta em Cuidados Paliativos em um grande Hospital Terciário Universitário. **Desenvolvimento:** O grupo de Cuidados Paliativos nesta unidade iniciou seus trabalhos com um grupo de interconsulta, uma unidade intermediária, um ambulatório e um hospice. A maioria dos doentes atendidos são captados pelo grupo de interconsulta. O grupo é formado por quatro médicos, duas psicólogas, uma enfermeira, além de médicos residentes em passagem pelo setor. As interconsultas são solicitadas via sistema interno, os doentes são atendidos, é realizado controle inicial dos sintomas, abordagem do próprio doente e sua família e estratificação de acordo com o perfil clínico. Os mesmos poderão ser acompanhados in loco, em hospice, unidade intermediária ou ambulatório, a depender de seu perfil clínico. Os pedidos de interconsulta são enviados via sistema informatizado e a secretaria consegue direcioná-los aos componentes do grupo em até 12 horas do envio. A equipe divide os casos e realiza o atendimento inicial multidisciplinar e discussão do caso com a equipe responsável. Após abordagem inicial, o médico realiza o controle de sintomas e discute diagnósticos e prognóstico com o doente e familiares presentes. Os familiares ausentes são abordados normalmente no dia seguinte através de reunião multidisciplinar. Conforme o perfil clínico do doente, este poderá ser encaixado em perfil para atendimento nas diferentes esferas oferecidas. Durante o processo de atendimento pacientes e familiares são atendidos pela psicologia e enfermagem especializadas. Os doentes que necessitam ainda atendimentos dentro da complexidade hospitalar, tais como cirurgias, procedimentos diagnósticos e terapias invasivas são acompanhados na própria cama, em conjunto com a equipe assistente. Doentes em terminalidade declarada são encaminhados para unidade Hospice. Doentes que neces-

sitam procedimentos de baixa complexidade, com perspectiva de alta precoce são encaminhados para enfermaria de CP. Doentes em condições de alta clínica são encaminhados para o ambulatório. Normalmente, nas avaliações diárias o grupo consegue definir o perfil e o destino da maioria dos doentes, o que caracteriza grande agilidade. Conclusão: O grupo de interconsulta em Cuidados Paliativos tem papel central na rede de atendimentos desta especialidade. A associação entre qualidade e agilidade de uma equipe multidisciplinar capacitada confere benefícios aos pacientes e melhora do gerenciamento de camas de um hospital.

P 93

Análise comparativa da estimativa calculada do número de profissionais de psicologia e demanda real de atendimentos por uma Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Terciário Universitário

Autores: Ricardo Tavares de Carvalho; Daniela Cristina Rodrigues Bernardes; Ana Beatriz Brandão dos Santos.

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Introdução: A Psicologia em um Grupo de Cuidados Paliativos (CP) lida com questões emocionais e cognitivas que permeiam a vivência do luto e da morte. Vivenciar tais experiências indica ser necessário um suporte emocional nesse momento de vida.

Objetivo: Apresentar os critérios utilizados para levantamento da demanda de profissionais de Psicologia em um Grupo de Cuidados Paliativos e real demanda deste profissional (num grupo interconsultor de CP) em um Hospital Terciário Universitário na Cidade de São Paulo, após seis meses de atividades.

Material e Métodos: A partir da referência do Palliative care provision in Australia estimou-se a necessidade de profissionais de psicologia para atendimento de interconsultas em um hospital de cerca de 900 camas, com taxa de ocupação de 80%. Destes, através de levantamento realizado previamente, estimou-se que cerca de 80% teriam necessidade de CP em algum momento da evolução de acordo com o perfil de diagnósticos e fase de evolução das doenças. Cerca de 35% da população estariam na condição de ausência terapêutica modificadora da doença e deveriam receber atendimento psicológico programado. O cálculo do número de psicólogos necessários foi feito levando-se em conta além desses atendimentos, aqueles que seriam realizados ambulatorialmente nos casos indicados, imaginando-se arbitrariamente, que cada doente devesse receber um atendimento psicológico a cada 15 dias. Essa estimativa foi confrontada com a real demanda observada no atendimento do grupo interconsultor de CP neste hospital. Não foram computados os atendimentos ambulatoriais, pois este setor ainda não havia sido implantado neste local.

Resultados: O número de psicólogos previstos para os atendimentos, de acordo com o método exposto foi de 2 (dois). No período estudado ocorreram 375 chamados ao grupo de interconsulta. Foram atendidos 369 doentes pelas duas Psicólogas do Grupo de CP entre Fevereiro e Agosto de 2012 e realizados 720 procedimentos, sendo 180 atendimentos ao doente (52%), 73 atendimentos ao doente e familiar conjuntamente (26%), 93 atendimentos ao familiar (22%) e 191 reuniões familiares. Destes doentes, 46% foram do gênero feminino e 54% do gênero masculino. Nesse mesmo período os atendimentos tiveram tempo médio de 31 minutos e as reuniões familiares em média 46 minutos. Ao confrontar o dimensionamento arbitrário e a prática de interconsulta constatou-se que apenas 59% dos doentes seriam atendidos pela psicologia.

Conclusões: A partir dos resultados identificou-se que o provisionamento inicial arbitrário de dois profissionais de Psicologia não atenderia a demanda identificada nesses seis meses de trabalho, o que tornaria o serviço multiprofissional ineficaz. Diante do exposto identificou-se a necessidade de reestruturar o dimensionamento do profissional de Psicologia dentro de uma equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos, levando-se em consideração as questões culturais e a especificidade da função, cujo trabalho mostra-se eficaz e pertinente neste contexto.

Tema: Controlo e melhoria de qualidade dos cuidados

P 94

Sobrecarga de luto no enfermeiro em cuidados paliativos

Autores: Georgeana Marques da Gama; Filipe Barbosa; Margarida Vieira
Instituições: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; Hospital de Santa Maria

Introdução: A crescente exposição à morte e ao processo de morrer nos serviços de saúde conduz a diferentes sobrecargas profissionais (burnout, fadiga de compaixão, sobrecarga moral) e ao que designámos de sobrecarga de luto ou luto insulado no contexto de um trabalho de confronto quase diário com perdas através de um processo que oscila entre evitamento e intrusão.

Objectivo: O estudo tem por objectivo comparar os níveis de sobrecarga de luto nos enfermeiros trabalhando em cuidados paliativos com outras unidades de saúde.

Material e métodos: O estudo é de natureza quantitativa, transversal, descritivo e correlacional e integrou 360 enfermeiros (taxa de resposta de 70.6%), da totalidade de enfermeiros dos serviços de medicina interna, oncologia, hematologia e cuidados paliativos de cinco instituições de saúde do distrito de Lisboa.

Como método de recolha de dados foram utilizados um questionário socio-demográfico

e a Escala de Sobrecarga de luto profissional (SPL), por nós construída e validada. Resultados: Verificou-se que o score total e das quatro sub-escalas apresentavam valores significativamente inferiores nos enfermeiros de cuidados paliativos e apontam-se alguns determinantes para esta resultadados.

Conclusões: A possibilidade de avaliar a sobrecarga de luto é relevante para a identificação de situações de risco nos vários serviços de saúde e para a proposição e desenvolvimento de estratégias de formação específicas na área do luto profissional.

P 95

Caso Clínico: Uso de Dreno pigtail no derrame pleural maligno

Autores: Jeanette Silva, Carolina Monteiro, Isabel Costa, Rui Carneiro

Instituições: Hospital Garcia de Orta, Instituto Português de Oncologia do Porto

INTRODUÇÃO: O derrame pleural maligno é uma complicação de várias neoplasias avançadas (IIIb ou IV), tais como carcinoma broncogénico, carcinoma da mama, linfoma, mesotelioma, neoplasia do ovário, neoplasia gástrico e do esófago. Produz significativos sintomas respiratórios, nomeadamente dispneia, tosse e toracalgia. Implica mau prognóstico, cuja taxa de sobrevivência é de aproximadamente 6 meses de vida, pelo que o objectivo terapêutico será a palição dos sintomas respiratórios. Existem várias opções terapêuticas para o tratamento do derrame pleural maligno: toracocentese, dreno torácico com pleurodesse, colocação de cateter tunelado de longa duração. Outra alternativa ainda será a colocação de dreno pigtail 14F via percutânea até espaço pleural e conexão a saco coletor.

OBJECTIVO: Pretende-se demonstrar com este caso clínico que o uso de dreno pigtail consiste numa alternativa fiável e segura que permite o alívio da dispneia secundária ao derrame pleural maligno.

DESENVOLVIMENTO: Caso Clínico M.C.S., sexo feminino, 69 anos, com diagnóstico de carcinoma da mama esquerda estadio IV em Outubro 2008, submetida a quimioterapia, cirurgia (mastectomia radical modificada) e hormonoterapia. Para descompressão medular e metastização óssea, submetida a intervenção neurocirúrgica em Julho 2010. Por progressão de doença, com metastização pleural, em Janeiro 2012, verificou-se necessidade de toracocentese para alívio de dispneia. Foi internada em Março 2012 por dispneia tendo se objectivado derrame pleural direito volumoso recidivante, pelo que se optou por colocação de dreno pigtail para controlo sintomático. Colocado dreno pigtail por Radiologista de Intervenção a 30 Março 2012, sem intercorrências, sem complicações infecciosas associadas e com alívio da dispneia.

CONCLUSÃO: O tratamento do derrame pleural maligno requer uma abordagem individual e adequada gestão das opções terapêuticas, devendo ser equacionado: prognóstico, velocidade de formação de derrame pleural, estado geral do doente e consentimento informado deste. Neste caso específico, o uso de dreno pigtail permitiu o controlo sintomático com menos desconforto, sem complicações e consistiu numa adequada alternativa para drenagem do derrame pleural recidivante.

P 96

Cuidados paliativos à pessoa com suberose - Estudo de um caso de doença profissional

Autores: Ana Paula Figueiredo (Médica); Marta Amaro (Enfermeira); Marta Pavoeiro (Psicóloga); Isabel Ramos (Enfermeira); Vasco Silva (Enfermeiro)

Instituição: Universidade Católica Portuguesa

A suberose é a patologia ocupacional dos trabalhadores da indústria de transformação da cortiça, associada à exposição inalatória a partículas e agentes nocivos específicos de forma prolongada e contínua e origina distúrbios de obstrução pulmonar crónica. Globalmente, as doenças respiratórias, são uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade que afecta doentes, famílias e recursos de saúde. Estima-se que, aproximadamente 8% da população mundial sofra de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), sendo que, acima dos 40 anos de idade esta percentagem cresce para 10%. No entanto, a verdadeira prevalência é provavelmente superior, dado que, a DPOC é sub-reconhecida e sub-diagnosticada. Em 1990 tratava-se da sexta causa de morte a nível mundial, prevenindo-se uma escalada até ao terceiro lugar em 2020. Em Portugal, estima-se que 5,3% da População adulta activa sofra desta patologia. A sua subvalorização compromete a qualidade da prestação de cuidados centrada nas várias dimensões da pessoa. A DPOC, sendo uma doença progressiva e actualmente sem perspectivas de cura, enquadra-se numa situação passível de tratamento paliativo. Há, adicionalmente, evidência de que os cuidados paliativos nesta patologia melhoram os sintomas, evitam a hospitalização e permitem que o doente se mantenha seguro e cuidado de forma adequada no domicílio. Estes factores levam ao aumento da satisfação familiar e reduzem significativamente as situações de luto patológico e de distress pós-traumático. Por outro lado, pacientes com DPOC em estadio avançado e sujeitos a cuidados paliativos, reportaram maior satisfação com os cuidados e, ainda, maior probabilidade de ir a morrer no domicílio. Com recurso a um caso clínico de uma pessoa à qual foi diagnosticada DPOC, com Insuficiência Respiratória moderada, relacionada com Suberose, pretendemos perspetivar o papel dos cuidados paliativos à pessoa com obstrução pulmonar crónica directamente relacionada com a actividade laboral. Adicionalmente, traçamos como objectivo, demonstrar a necessidade da intervenção de cuidados paliativos na melhoria da qualidade de vida da pessoa com Suberose e familiares. Foram colhidos, através de entrevista aberta e revisão processual, os dados clínicos e sociais acerca de um homem de 77 anos, caucasiano, casado e reformado por invalidez da indústria corticeira, desde os 50 anos. À data da colheita de

dados manifesta-se eupneico em repouso, com cansaço para médios esforços, mas que lhe permitem manter as suas actividades de vida diária. Adoptou-se uma abordagem multidimensional e multidisciplinar com base na avaliação física, psicológica, intelectual, social e espiritual do utente. Um dos objectivos dos cuidados paliativos é o alívio dos sintomas físicos, psicológicos e emocionais. A dispneia é um dos sintomas mais comuns e potenciadores de distress no doente. Desta forma, os portadores de Subereose têm necessidades de natureza paliativa e, principalmente, focada no controlo dos sintomas, sendo importante reconhecer os efeitos devastadores da doença nos indivíduos e seus cuidadores. É necessário centralizar os cuidados na qualidade de vida, melhorando-a, quer à pessoa com DPOC quer aos seus familiares, reconhecendo-a como doença crónica, evolutiva e incurável.

P 97

Enfermeiros de Cuidados Paliativos - Como despendem o seu tempo e qual a sua percepção em relação à qualidade dos seus cuidados

Autores: 1-Mestre Joana Bragançar, 2-Professora Doutora Lucília Nunes, 3-Professor Doutor António Barbosa

Instituições: 1-Hospital da Luz, 2-Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, 3-Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa:

Introdução: No processo de cuidar, o enfermeiro encontra-se numa situação ímpar e privilegiada relativamente aos cuidados paliativos uma vez que acompanha o doente nas 24 horas do dia, relacionando-se mais de perto com os familiares, podendo durante a prestação de cuidados realizar uma avaliação inicial ao pormenor, desenvolver uma comunicação profunda, planear e implementar intervenções terapêuticas junto dos doentes e familiares.

Objectivos: descrever o tipo e o tempo das intervenções dos enfermeiros de cuidados paliativos e analisar a sua percepção sobre a qualidade das suas intervenções.

Metodologia: estudo quantitativo, descritivo, com uma amostra não probabilística, de conveniência, tendo como ponto de partida a população de enfermeiros de uma unidade de cuidados paliativos (N=7).

Resultados: os enfermeiros despendem 53% do tempo observado em intervenções indirectas (II), 29% em intervenções directas (ID) e 18% do tempo em actividades pessoais (AP). Foram identificadas 48 intervenções das 134 preconizadas no Catálogo CIPE®: Cuidados Paliativos para uma Morte Digna, observando-se um total de 1239 intervenções. Os enfermeiros realizaram em maior percentagem, com 71%, intervenções relativas ao enunciado de intervenção (E) das perturbações físicas. Os El apoio social e perturbações psicológicas também apresentaram valores relevantes, com 6% e 5% respectivamente. Relativamente à percepção da forma como despendem o tempo, 14% (1) dos enfermeiros considera fazê-lo em II e 86% (6) consideram fazê-lo em ID. Tendo em conta os critérios de qualidade para cuidados paliativos em Portugal, os enfermeiros consideram o seu desempenho como forte na satisfação dos mesmos, tendo percepção de que prestam cuidados com qualidade, de acordo com aquilo que é esperado.

Conclusões: Considera-se que este estudo tem implicações para a prática e para a investigação em cuidados paliativos, na medida em que concluímos que os enfermeiros necessitam de definir, actualizar e melhorar conceitos teóricos que demonstrem as suas intervenções. O estudo possibilitou também uma melhor compreensão do fenómeno de investigação, advertindo-nos para a realidade portuguesa e para a necessidade de reeducar e melhorar comportamentos e atitudes.

P 98

Controlo e melhoria de qualidade dos cuidados

Autores: Ângela Figueirinhas, Filomena Fernandes, Nuno Fonseca

Instituição: Hospital do Mar (Grupo Espírito Santo Saúde)

INTRODUÇÃO: Os doentes paliativos são frequentemente polimedicados. Esse facto pode influenciar a sua qualidade de vida, em consequência do risco de interacção medicamentosa e de futilidade de alguma medicação. É possível e deve ser uma prioridade clínica o ajuste farmacológico, sem comprometer o controlo sintomático.

OBJECTIVO: Adequar a prescrição farmacológica nos doentes paliativos sem compromisso da qualidade de vida, de modo a manter o controlo de sintomas e melhorar o conhecimento da relação custo/benefício.

MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo sobre a terapêutica utilizada nos doentes em cuidados paliativos internados nesta Instituição durante o ano de 2011. Foi feita a consulta dos processos clínicos, tendo-se construído uma base dados com os fármacos agrupados de acordo com critérios clínicos. A avaliação foi feita por patologia e de acordo com a prescrição, à entrada, aos 7 dias, aos 15 dias e à saída (alta ou óbito).

RESULTADOS: Os resultados obtidos demonstram que a polimedição nos doentes paliativos pode ser reduzida e não compromete o controlo de sintomas, melhorando vários indicadores. A relação custo/benefício apresenta maior eficiência no ponto de vista clínico e também de sensibilização dos profissionais de saúde e económico.

CONCLUSÃO: A utilização racional de fármacos nos doentes paliativos não compromete os resultados terapêuticos, melhora a qualidade de vida destes doentes e promove a relação custo/benefício. Verifica-se maior percentagem de utilização de fármacos para controlo de doença crónica à data de admissão e de controlo sintomático à data da Alta ou Óbito.

P 99

Cuidar até ao fim - um desafio e uma lição

Autora: Raquel Briosa Pereira

Instituições: USF S. João do Porto - ACeS Porto Ocidental:

Enquadramento: Ao longo do seu percurso profissional, o Médico de Família é muitas vezes confrontado com a necessidade de dar apoio e prestar cuidados a doentes em situação de doença avançada, incurável e progressiva. Os cuidados paliativos prestados ao doente e sua família, atravessam diversas áreas do conhecimento e do cuidar e, como tal, são dotados de grande complexidade clínica e humana. Este caso clínico pretende mostrar as principais dificuldades sentidas por parte de uma Interna de Medicina Geral e Familiar, com pouca formação pré e pós-graduada no âmbito dos cuidados paliativos, e o que aprendeu ao aceitar o pedido de um doente terminal e sua família de prestar os cuidados necessários no domicílio nos últimos meses de vida. Descrição do caso: ACM, 63 anos, sexo masculino. Casado e com 4 filhos, a residir com a esposa e o neto em habitação social. Reformado desde 2007, com o 6º ano de escolaridade, foi motorista na maior parte da sua vida profissional. Em 2008, é-lhe diagnosticado Carcinoma da Parótida, tendo sido submetido a Parotidectomia total e a vários ciclos de quimioterapia e radioterapia. No fim do ano de 2011 encontrava-se em estadio terminal (IVc) com metastização pulmonar, ganglionar e cerebral. A 5 de Janeiro de 2012, no contexto de febre e recusa alimentar, é observado em serviço de urgência, tendo tido alta com o diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade e medicado com antibioterapia per os que não tolerou. O doente, até à data autónomo, iniciou quadro de grande dependência, acarretando grande número de visitas médicas domiciliares e referência para a rede de cuidados continuados para a prestação de cuidados paliativos, que acabou por recusar por desejar permanecer no seu domicílio. Ao longo dos 2 meses seguintes, doente e família recusaram sempre a assistência hospitalar nas intercorrências referindo a impessoalidade do tratamento como principal factor de descontentamento, tendo todos os cuidados sido prestados pela Interna e Enfermeiro de família. A 4 de Março de 2012, o doente acaba por ser internado na sequência de Pneumonia complicada por pneumotórax. A Interna teve oportunidade de visitar o doente e partilhar informação clínica com a equipa médica que desenvolveu esforços no sentido de garantir um ambiente confortável e familiar ao doente que veio a falecer 2 dias depois com a esposa ao seu lado. Discussão: Entender como a evolução de uma doença afecta tanto o corpo como a estrutura emocional do doente e sua família e organizar os cuidados de forma a dar resposta às necessidades vividas e sentidas ao longo de todo o percurso constitui um dos maiores desafios para o Médico de Família. Da experiência do sofrimento e da aceitação da evolução natural da doença resulta, muitas vezes, um saber que enriquece de forma transversal toda a prática clínica e acrescenta dimensão à relação médico-doente.

P 100

Ações paliativas numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Autores: Maria João Bento Mesquitela André Cardoso, Maria Teresa Santos Ramalho Nogueira Antunes

Instituição: Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo

SIGLAS: ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados; PNCP Programa Nacional de Cuidados Paliativos; RNCCI Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; SWOT Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats; UCC Unidade de Cuidados na Comunidade; UCP Unidade de Cuidados Paliativos; UCSP Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF Unidade de Saúde Familiar.

INTRODUÇÃO: Ao fim de dois anos de prática considerámos oportuno realizar uma reflexão acerca do desempenho da equipa no âmbito das ações paliativas. Como ponto de partida analisámos a evolução da resposta proporcionada pela equipa, de acordo com as solicitações a doentes paliativos e suas famílias, no domicílio. Utilizámos a análise SWOT para identificar os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças. Por fim apresentamos as expectativas futuras para a melhoria da qualidade de cuidados nesta área. OBJETIVOS: Refletir sobre a prática de ações paliativas na ECCI; Sensibilizar outros profissionais de saúde/níveis de cuidados, para esta temática; Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados ao doente paliativo/em fase final de vida e sua família. CONTEXTUALIZAÇÃO: A ECCI X a funcionar desde 2008, integrada na RNCCI (decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho) em Março de 2010, está inserida na UCC X (decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, no artigo 11º, onde define UCC) que iniciou funções a 18/12/2009. A ECCI é constituída por cinco enfermeiros, das quais duas têm formação avançada em cuidados paliativos. A equipa tem apoio de um médico com formação básica em cuidados paliativos, que está afeto à UCC com 2 horas semanais para consultadoria. No entanto, não tendo uma equipa multidisciplinar organizada neste âmbito, não se considera que prestem cuidados paliativos, mas sim ações paliativas, indo ao encontro do decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho. ANÁLISE SWOT Pontos Fortes Investimento em formação avançada da equipa de enfermagem e frequente atualização; Apoio médico com formação básica; Assessoria em cuidados paliativos aos profissionais da USF/UCSP; Reuniões multidisciplinares semanais; Distribuição dos processos por gestor de caso; Estabelecer uma relação de confiança com a família; Família como aliada nos cuidados ao doente; Disponibilidade de medicação que permite o controlo sintomático; Disponibilidade de material de consumo clínico; Telemóvel de serviço; Recursos existentes na comunidade; Articulação com outros níveis de saúde e social; Referência para unidades da RNCCI. Pontos Fracos Viatura de serviço a tempo parcial até Maio de 2012; Carga horária médica afeta à UCC (duas horas semanais para consultadoria); Morfina injectável disponível em número insuficiente; Equipa multidisciplinar sem formação em cuidados paliativos. Oportunidades Viatura de serviço a tempo inteiro a partir de Maio 2012; Os médicos de família da USF/UCSP já revelam alguma sensibilidade para a problemática; Grelha de monitorização de registos, que nos permite

saber quando devemos atualizar os registos da plataforma da RNCCI mensalmente conforme preconizado pela mesma; Articulação com outras unidades que prestam cuidados ao doente. Ameaças Mitos da morfina; Sinalização tardia dos doentes para a ECICI X; Referenciação insuficiente das outras unidades de saúde; Necessidade de duplicação de registos de modo a que os sistemas de informação estejam atualizados. EXPETATIVAS FUTURAS Implementar carta de articulação com outros profissionais que acompanham o doente/família; Promover formação em cuidados paliativos para os médicos da USF/UCSP do concelho; Investir na atualização de conhecimentos nesta área; Que seja implementado o Registo de Saúde Electrónico para não haver duplicação de registos. CONCLUSÃO: A equipa está empenhada em melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente paliativo e família. Desde o início da UCC, com profissionais motivados e com formação nesta área, tem sido possível atender às necessidades da comunidade, nomeadamente no desejo do doente em fase final de vida permanecer no domicílio. Da nossa experiência, as famílias vivenciam um luto saudável e espelham com seriedade, o dever cumprido. Desta forma a equipa sente que o seu contributo tem sido uma mais-valia, e mesmo um estímulo para continuar a investir nesta área, fundamental para a dignidade da pessoa, e o bem-estar do doente e família. Aceitamos fazer apresentação oral se para tal formos selecionados.

P 101

Caso Clínico: utilização de dreno pigtail na ascite maligna

Autores: Dr^a Jeanette Silva, Dr^a Carolina Monteiro, Dr^a Isabel Costa, Dr. Rui Carneiro
Instituições: Hospital Garcia Orta, Instituto Português Oncologia do Porto

INTRODUÇÃO: A ascite maligna é sinal de carcinomatose peritoneal e está associada a neoplasias do ovário, endométrio, colón, estômago e pâncreas. A presença de ascite é sinal de mau prognóstico. A taxa de sobrevivência, após o diagnóstico, é de aproximadamente 2 a 5 meses de vida. A acumulação de grandes volumes de líquido ascítico provoca dor por distensão abdominal, náuseas e vômitos, assim como dispneia, edemas dos membros inferiores e dificuldade na marcha. Assim, o alívio sintomático afecta significativamente a qualidade de vida destes doentes em fim de vida. As opções terapêuticas para o controlo sintomático da ascite consiste na restrição salina, uso de diuréticos, shunts peritoneovenosos, laparoscopia e quimioterapia intraperitoneal hiper-térmica, paracenteses seriadas e drenagens percutâneas. São amplamente utilizadas as paracenteses seriadas, pelo alívio rápido dos sintomas associados à ascite. Contudo, em muitos doentes a velocidade de formação é rápida, implicando várias vindas ao hospital e repetição de técnica (dolorosa). A colocação de dreno pigtail abdominal implica a manutenção de uma via de drenagem por vários dias.

OBJECTIVO: Pretende-se demonstrar com este caso clínico que o uso de dreno pigtail abdominal consiste numa alternativa fiável e segura que permite o alívio dos sintomas associados à ascite. **DESENVOLVIMENTO:** Caso clínico A.T.A., 58 anos, com diagnóstico de colangiocarcinoma estadio IV em Março 2011 (metastização óssea, hepática e ganglionar), submetido a quimioterapia paliativa. Apresentou como intercorrência a destacar, tromboembolismo pulmonar em Agosto 2011. Foi internado a 10 Maio 2012 por aumento do volume abdominal acompanhado de desconforto, aumento ponderal de 2kg em 1 semana e sinais de má perfusão periférica. Apresentava sinais de ascite ao exame objectivo, tendo sido submetido, à entrada, a paracentese com saída de 200cc de líquido quíloso. No dia seguinte, por dispneia e desconforto abdominal, foi repetida a paracentese com saída de 4000 cc de líquido com as mesmas características, pelo que se ponderou colocação de dreno pigtail. Foi colocado dreno pigtail pelo Radiologista de intervenção a 15 Maio 2012, sem intercorrências e com alívio sintomático, mantendo-se funcionante durante o internamento. Por agravamento clínico, faleceu a 25 Maio 2012. **CONCLUSÃO:** O tratamento da ascite maligna requer uma adequada gestão das opções terapêuticas e, neste caso específico, a utilização de dreno pigtail consiste numa alternativa fiável que permite o controlo sintomático.

P 102

Garantia de Qualidade no Apoio do Luto

Autor: José Miguel Lopes

Instituições: USF Arquis Nova - ULSAM, EPE:

Palavras-Chave: Luto, Bereavement, qualidade

Introdução: O Luto é definido como um conjunto de reacções emocionais, físicas, comportamentais e sociais que surgem em resposta a uma perda (real ou fantasiosa), seja uma perda por morte ou pela cessação/diminuição de uma função, possibilidade ou oportunidade. O luto normal é experimentado por 80-90% dos enlutados, e apesar de muito doloroso e perturbador, a maioria dos enlutados ultrapassam os sentimentos de descrença, dor, desespero e, progressivamente, vem a aceitar a perda como uma realidade. Como tal, a maioria das pessoas enlutadas geralmente não é um motivo de preocupação clínica. Porém, uma significativa percentagem desenvolvem sintomas debilitantes e incapacidade funcional persistente. Essas pessoas apresentam experiências de dificuldade de adaptação, essencialmente por se encontrarem fixados num estado de luto crónico. São as formas de luto complicado que maior associação, apresentam a problemas de saúde como perturbação depressiva, ansiedade, abuso de álcool e medicamentos, risco de doenças (ex. hipertensão arterial, doenças cardíacas, neoplasias) e suicídios. Deste modo, após o falecimento de um utente, um membro da equipa interdisciplinar, deve contactar o cuidador/familiar directo, oferecendo condolências, disponibilizando informação sobre o luto e oferecendo ajuda.

Objectivos: Avaliar a qualidade no apoio no luto, durante o primeiro trimestre de 2012 na USF Arquis Nova.

Metodologia: Dimensão a estudar: competência técnico-científica Unidade de estudo: utentes inscritos na USF Arquis Nova, falecidos durante o período de 1 de Janeiro de 2012 a 31 de Março de 2012 Amostra: Conveniência; de base institucional; Tipo de dados: Processo; Fonte de dados: processo informático SAM@; SAPE@; Tratamento de Dados: Excel 2010; Tipo de Avaliação: Interna, inter-pares, retrospectiva. Critério: Realização de consulta (telefónica/presencial) de apoio no Luto aos familiares/cuidadores, no período pós morte, dos utentes da USF Arquis Nova, durante o período de 1 de Janeiro de 2012 a 31 de Março de 2012. Padrão de qualidade: Bom > 70%, Suficiente 40-69%, Insuficiente 39-20%, Mau < 20%.

Resultados: Durante o período de 1 de Janeiro de 2012 a 31 de Março de 2012, Num total de 32 falecimentos, realizaram-se na USF Arquis Nova, duas consultas de apoio às famílias em processo de luto, sendo assim a taxa de realização da consulta de apoio no luto de 6,25%.

Discussão: Os dados do primeiro trimestre, relativos à realização de consultas de apoio no luto são manifestamente reduzidos. A não existência de um protocolo de actuação no luto, pode contribuir para uma taxa tão reduzida. No futuro, próximo, pretende-se aumentar a taxa de realização de consulta, para valores de 70%. Após uma próxima reavaliação e a entrada em funcionamento do protocolo de actuação para a consulta de apoio no luto pretender-se-á que o padrão de qualidade se aproxime do valor descrito na literatura (100%).

P 103

Análise de apoio telefónico de uma Equipa de Cuidados Paliativos

Autores: Maria Manuel Claro, Céu Rocha, Isabel Campos

Instituição: Unidade Local de Saúde de Matosinhos

INTRODUÇÃO: A Equipa exerce a sua atividade nas vertentes Intra-Hospitalar, Apoio Domiciliário, Consulta Externa, Hospital de Dia, Consultadoria a Cuidados de Saúde Primários e disponibiliza Apoio Telefónico aos doentes/cuidadores em seguimento pela Equipa. O Apoio Telefónico é disponibilizado através de Secretariado das 9h-15h, dias úteis; paralelamente é disponibilizado contacto direto do enfermeiro da Equipa envolvido nos cuidados.

OBJECTIVOS: Pretende-se com este trabalho analisar o número de chamadas recebidas pelo secretariado da Equipa no ano de 2011, os motivos dessas chamadas, qual o profissional que respondeu, quantas chamadas foram efetuadas por doentes da área e fora de área de influência direta da Equipa e a percentagem de chamadas efetuadas por utentes/cuidadores com apoio domiciliário da Equipa.

MATERIAL E MÉTODOS: Análise da base de dados dos contactos telefónicos efetuados para o secretariado da Equipa no ano de 2011.

RESULTADOS: Foram analisadas 204 chamadas recebidas ao longo de 2011, uma média de 17/mês (máximo de 27 chamadas em Junho e mínimo de 8 chamadas em Novembro). As chamadas efetuadas para o secretariado da Equipa foram quase exclusivamente respondidas por médico. A maioria das chamadas procedeu de utentes da área de influência da Equipa; das chamadas fora da área de influência a maioria (38,4% deste grupo) residia em concelho que tinha sido recentemente excluído desta (em finais de 2009). Constatamos variação da distribuição das chamadas por área ao longo do ano, sendo que até Abril se registou claro predomínio das chamadas fora de área, e a partir de Maio uma inversão nesta tendência passando a predominar chamadas de utentes da área de influência; até Abril, somaram-se chamadas de doentes fora de área, em fase terminal, com descontrolo sintomático, que não tinham acompanhamento domiciliário. Quanto aos principais motivos de chamada, encontramos, por ordem decrescente: descontrolo sintomático (79 chamadas), dúvidas quanto a medicação (43), falar com alguém da Equipa (22), agendamento de consultas (20), orientação face a novos sintomas (20). Em 14 chamadas houve mais que um motivo (descontrolo sintomático/dúvidas quanto a medicação). Analisando as 79 chamadas efectuadas por descontrolo sintomático, verificamos que em 19 houve orientação do doente para o Serviço de Urgência, mas as restantes 60 (75,9% do total) deram lugar a alteração da medicação, reprogramação de consultas e agendamento de procedimentos em Hospital de Dia, sem necessidade de recorrer ao SU.

P 104

Efeitos Acessórios de Terapêutica Subcutânea

Autores: Helena Bárrios; Paula Nobre; Andreia Conde; Carina Ramalhinho

Instituição: Hospital do Mar

Introdução: A via subcutânea é uma alternativa à via oral, eficaz, simples e habitualmente considerada segura. No entanto a incidência de efeitos adversos associada a esta via não tem sido objecto de análise sistemática, e alguns dos estudos incluem aspectos não específicos, como sobrecarga de volume.

Objectivos: Caracterizar a incidência, gravidade e factores associados a efeitos adversos específicos da utilização de cateteres subcutâneos para administração de fármacos ou fluidos.

Material e Métodos: Num hospital geriátrico, foram recolhidos prospectivamente dados relativos aos efeitos adversos associados a utilização de cateteres subcutâneos ao longo de doze meses. Analisou-se a incidência de efeitos adversos e sua relação com factores demográficos do doente, diagnóstico, tempo de permanência de cateter, tipo de cateter e fármaco administrado.

Resultados: Durante os doze meses de estudo, foram contabilizados 6345 dias de cateterização subcutânea. A incidência total de efeitos adversos foi de 2,6%. Na grande maioria trataram-se de sinais inflamatórios locais. Em 0,2% das cateterizações surgiu dor, em 2 casos foi detectada sintomatologia sistémica com febre. Não foram descritos

abscessos. Os diagnósticos mais frequentemente associados à opção pela via subcutânea foram demência e neoplasias.

Conclusões: A via subcutânea é uma via parentérica segura, com muito baixa incidência de efeitos adversos, particularmente adaptada à população de doentes paliativos e/ou idosos.

P 105

Necessidades paliativas num hospital de cuidados continuados: prevalência de doentes e complexidade

Autores: Ana Margarida Faustino; Inês Dinis Azevedo; Isabel Santos; Rita Barroso

Instituição: Hospital do Mar

Esta comunicação apresenta os resultados de um estudo qualitativo e retrospectivo de natureza descritiva que teve como objectivos: identificar os doentes com patologia crónica que no período de Julho de 2011 a Junho de 2012 tiveram necessidades paliativas; classificar e descrever os diferentes níveis de complexidade das situações em que estas foram identificadas. Este estudo tem como ponto de partida e fundamentação, os dados fornecidos pelo Gold Standards Framework, 4.ª Edição (de 2011), bem como os indicadores desenvolvidos pela Universidade de Edimburgo através do SPICT - Supportive and Palliative Care Indicators Tool versão 21 de Outubro de 2011 e ainda o Modelo Conceptual do nível de necessidades dos pacientes com doença em fase terminal ou avançada (Fonte: Palliative Care Australia - A guide to palliative care service development: a population based approach de 2003). Com base nestes documentos foram definidos critérios de elegibilidade que tivessem em conta a realidade do nosso Hospital e dos nossos doentes. Sabemos atualmente que em cuidados paliativos a tipologia de doentes é cada vez mais ampla, englobando patologias oncológicas, e não oncológicas. Esta noção de diversidade, bem patente na realidade do nosso hospital, vem reforçar a necessidade dos prestadores centrarem a sua actuação, em função das necessidades e níveis de complexidade, determinados pelo sofrimento na doença e não exclusivamente pelos diagnósticos. Vários trabalhos e autores salientam que identificar os doentes com necessidades paliativas, e níveis de complexidade associados, melhora a qualidade dos cuidados prestados, e a gestão dos recursos, permitindo que a equipa/instituição dê uma resposta mais efetiva às necessidades reais destes doentes e suas famílias. Neste contexto emerge a pertinência deste estudo e dos resultados obtidos com o mesmo, constituindo um passo fundamental para a melhoria da gestão, planificação e adequação dos cuidados prestados na nossa instituição.

P 106

Declínio funcional e reabilitação em Cuidados Paliativos: Uma revisão integrativa

Autores: Jéssica Sponton Moura Minozzo; Eduardo Carqueja; Maria Amélia de Campos Oliveira; Márcia Regina Martins Alvarenga

Instituições: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Objetivo: Analisar estudos sobre o declínio funcional em pacientes paliativos, revisar o papel e os benefícios da reabilitação e estudar os efeitos das intervenções propostas nesta população. Métodos: Revisão integrativa, em que se utilizaram as bases de dados LILACS e MEDLINE, resultando na constituição de uma amostra final de 16 artigos, que abordavam o tema da questão norteadora. Resultados: A avaliação do declínio funcional mostrou-se importante para caracterizar as necessidades não satisfeitas de cuidado, comparar a apreciação do estado geral entre pacientes e cuidadores, identificar problemas passíveis de intervenção, avaliar eficácia do tratamento, estimar o tempo de sobrevida. Os estudos também demonstraram que, embora a reabilitação em cuidados paliativos não elimine os danos causados pelas doenças, pode atenuá-los.

Conclusão: Os resultados deste estudo indicaram que a avaliação funcional e a reabilitação são estratégias viáveis para combater o declínio funcional e melhorar a qualidade de vida em pacientes paliativos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Atividades cotidianas, Reabilitação.

EXIBIÇÃO DE POSTERS

Tema: Ética

P 9

Transmitir más notícias no cuidado de Enfermagem: entre o direito à informação e o dever de protecção

Autores: Tânia Marlene Gonçalves Lourenço; Rita Maria de Sousa de Abreu-Figueiredo
Instituição: Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

Introdução: Alguma investigação tem sido elaborada na temática da transmissão das más notícias, e a maioria desta, embora não toda, revela que os utentes querem saber a verdade em relação à sua situação de saúde. É interessante observar que ambos os argumentos, os que são a favor e os que são contra a revelação da verdade, baseiam-se ambos, em dois princípios da bioética, sendo estes, o da autonomia e o da beneficência, divergindo somente num princípio, onde omitir a verdade subjaz ao da não malficência, e dizer a verdade corresponde a uma virtude ética, ou seja, existe na verdade um bem que é intrínseco. Neste contexto, este trabalho pretende, com base na análise jurídica, proporcionar bases legais para a acção e reflexão sobre a praxis, nomeadamente no que concerne à transmissão de más notícias.

Objetivos: analisar o enquadramento legal da transmissão de más notícias no cuidado de enfermagem e reflectir à luz da ética as implicações para a pessoa cuidada.

Desenvolvimento: No que concerne propriamente à informação a transmitir ao doente, o quadro legal português não é explícito no que toca às más notícias, situação por nós percebida dado a especificidade do assunto, não podendo a lei, ser tão restrita no seu âmbito. Porém, a legislação existente é suficiente para uma análise eficaz da transmissão de más notícias à pessoa doente. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) na Base XIV relativa ao Estatuto dos utentes, no n.º 1 alínea e) refere que Os utentes têm direito a: Ser informados sobre a sua situação (), similarmente a Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro referente à Informação Genética pessoal e Informação de saúde, no artigo 3.º n.º 1, diz que A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação ().

A par destes direitos, no regime jurídico do exercício da enfermagem, o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) no seu Artigo 84.º nas alíneas a) e c) indica respectivamente que o enfermeiro assume o dever de: informar o indivíduo e família, no que respeita aos cuidados de enfermagem e assume o dever de: atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem. O CDE quando refere atender com responsabilidade e cuidado entendemos que na ratio legis esta responsabilidade e cuidado reportam para a salvaguarda do conteúdo, potencialmente pernicioso da informação a transmitir. Nesta linha de raciocínio, a informação transmitida não prejudicar a pessoa doente, o profissional de saúde que transmitir a informação de más notícias, tem que ter sempre em linha de conta a protecção da saúde da pessoa. Daí o profissional aquando da transmissão da informação, deve conhecer a pessoa doente e obter o consentimento desta, para receber tal penosa informação. A legislação existente suporta conjuntamente com o direito à informação, o direito ao consentimento, sendo este fulcral na transmissão de más notícias, pois, uma vez que, a pessoa é dotada de autonomia, esta é livre de decidir receber ou recusar a transmissão de informação de saúde, estando aqui também contempladas, as más notícias a Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro, no respeitante ao Artigo 3.º, n.º 2, aponta para a vontade da pessoa querer saber, similarmente, a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina no seu Artigo 5.º refere que Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido, também o Código Penal Português no seu no artigo 38.º, n.º 2 diz O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido (...), o Artigo 157.º do referido código indica que () O consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido (), salvo se isso, implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica. A par destas leis o CDE no Artigo 84.º na alínea b) o enfermeiro deve respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado.

Após o exposto, não poderíamos concluir sem a exposição do Artigo 78.º do CDE n.º 2 alínea c) que menciona a verdade como valor universal a observar na relação profissional, o sentido literal desta aliena não deve camuflar a ratio legis da mesma. Esta verdade deve ser transmitida paulatinamente consoante as necessidades e circunstâncias da pessoa. A esperança dever ser mantida, mas sempre uma esperança realista, pois esta pauta-se de sentido profissional e humano para como o outro.

Conclusões: Sem pretender traçar um enquadramento jurídico integral para a transmissão de más notícias, urge dar a conhecer às pessoas e aos profissionais de saúde, o regime jurídico da informação. Utiliza-se muitas vezes a ocultação da verdade alegando o privilégio terapêutico, mas a lei é clara e refere sempre a ocultação como uma excepção, deve-se informar e transmitir a verdade à pessoa doente, sendo este primado posto em causa aquando da recusa da pessoa em ser informada, ou da informação ser prejudicial para a mesma. Muitos autores defendem que a pessoa ao saber a verdade vai conseguir encontrar mecanismos para agir de acordo com a sua nova situação, com a dignidade que lhe é devida, caso contrário não aconteceria. Apesar de ser penoso, a

recepção de informação hostil, o conhecimento desta constitui um espaço fulcral na aceitação consciente do seu estado de saúde, e, por consequência, o lidar de forma adequada com a situação, conferindo autonomia e procura de novas respostas tendentes ao respeito pela sua própria vida. O enfermeiro tem que estar preparado para enfrentar as reacções de revolta, depressão e resignação por parte da pessoa, deve enfrentá-las com calma, sensibilidade e com sentido de um dever cumprido perante aquela pessoa que sofre. Estando conscientes de que cada pessoa é um ser único e individual, reage a novas situações de saúde de forma sui generis. O quadro legal em vigor no nosso país, contempla essa individualidade no que respeita ao direito à informação de saúde, pois de grosso modo, a pessoa tem o direito de ser informado, mas pode renunciar a este, e, o profissional de saúde consoante a individualidade de cada pessoa pode decidir não informá-la alegando o privilégio terapêutico.

Tema: Psicologia e comunicação

P 107

Prevalência de Síndrome de Desmoralização em Doentes de uma Unidade de Cuidados Paliativos

Autores: Miguel Julião; António Barbosa

Instituições: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa; Unidade de Cuidados Paliativos Bento Menni do IHSCJ - Casa de Saúde da Idanha

Background: A prevalência de desmoralização em doentes em fim de vida tem sido referida em diversos estudos e está calculada em aproximadamente 30%.

Objectivo: Calcular a prevalência da síndrome de desmoralização em doentes de uma unidade de cuidados paliativos portuguesa. Desenho de estudo e métodos: Estudo observacional, descritivo. Os critérios de inclusão foram: doentes admitidos na unidade de cuidados paliativos (internamento ou consulta), idade 18 anos, ausência de delirium ou demência; esperança de vida inferior a 6 meses e mini mental state > 20. A cada doente elegível foram aplicados os Critérios de Desmoralização descritos por Kissane (2001), após consentimento informado. A informação demográfica, o tratamento actual (paliativo ou outro), os antecedentes psiquiátricos (depressão, ansiedade e outras doenças), o uso de antidepressivos / ansiolíticos foram obtidos na avaliação inicial. Um total de 60 doentes completou a avaliação.

Resultados: A prevalência de síndrome de desmoralização foi de 44,3%. Não foram encontradas diferenças significativas em relação à idade, sexo e análise dos diferentes subgrupos.

Conclusão: Este estudo preliminar encontrou uma prevalência de síndrome de desmoralização superior à encontrada na literatura. A correcta avaliação desta patologia psicossocial através da utilização simples dos Critérios de Desmoralização de Kissane poderá identificar os doentes em sofrimento, iniciando o acompanhamento correcto, proporcionando uma abordagem holística adequada.

Tema: Epidemiologia

P 108

Altas nos doentes de cuidados paliativos

autores: Ana Duarte; Ana Ferreira; Catarina Sequeira; Helena Fernandes

Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos LNostrum

Introdução: No âmbito do VI Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, afigurou-se-nos pertinente a participação neste evento através da reflexão em equipa das altas efetivadas nos doentes internados numa Unidade de Cuidados Paliativos durante cerca de três anos. Ponderar as alternativas existentes e a realidade com que se deparam os nossos doentes, familiares e equipas.

Objetivos: Apresentamos aos objetivos: Dar conhecimento sobre a casuística da nossa Unidade de Cuidados Paliativos em relação aos destinos dos doentes internados; Refletir sobre a literatura internacional e nacional e comparar dados estatísticos; Refletir sobre os dados apurados e relacioná-los com a realidade de cuidados a nível nacional. Refletir sobre as alternativas disponíveis na comunidade tendo em consideração a realidade clínica dos doentes referenciados.

Metodologia: Tratamento estatístico dos dados referentes aos internamentos ocorridos na Unidade de Cuidados Paliativos no período compreendido entre a abertura da unidade (2 de Abril de 2009) e a presente data. Consulta de bibliografia específica sobre casuísticas de unidades de cuidados paliativos. Comparar os dados obtidos com dados da literatura. Reflexão em equipa.

Conclusão: Salientamos dos dados obtidos:- o número elevado de óbitos na unidade (89%). - correlaciona-se a média de dias de internamento em períodos de maior taxa de mortalidade na unidade chegando-se à conclusão tratar-se de doentes que foram referenciados em fases muito tardias da sua situação clínica em que se verifica o óbito na unidade entre horas a poucos dias depois de terem dado entrada. - a sobrecarga para familiares e equipa de profissionais no campo emocional ao lidar com mortes em doentes e famílias para os quais, pela brevidade na morte, não houve possibilidade de preparação. - a existência de pedidos de mobilidade para outras tipologias ou aguardando entradas em lar que por um lado fazem aumentar enormemente a média de dias de internamento na unidade e consequentemente dificultar a referenciação de novos doentes, como também a posterior degradação e evolução inevitável com o óbito a ocorrer ainda em tempo de espera.

P 109

Casística duma unidade de cuidados paliativos

autores: Ana Duarte; Ana Ferreira; Andreia Ramos; Helena Fernandes

Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos LNostrum

Introdução: No âmbito do VI Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, afigurou-se-nos pertinente a participação neste evento através de um Poster, apresentando a casística da nossa Unidade de Cuidados Paliativos. Os Cuidados Paliativos são considerados como a filosofia, a disciplina e a prática que visam melhorar a qualidade de vida do doente e suas famílias abarcados por doenças letais com vista à prevenção e alívio do sofrimento. Aceita os limites da intervenção médica, entendendo-as como um pilar ético fundamental. Baseando-se no controlo de sintomas, na comunicação adequada, apoio à família/cuidadores e no contínuo trabalho em equipa. Analisamos, assim, os internamentos desde a abertura desta Unidade até à presente data traduzindo aquilo que é o trabalho de uma equipa e as suas intervenções.

Objetivos: Apresentamos como objetivos: Dar conhecimento sobre a casística da nossa Unidade de Cuidados Paliativos; Refletir sobre a literatura internacional e nacional e comparar dados estatísticos; Refletir sobre os dados apurados e relacioná-los com a realidade de cuidados a nível nacional.

Metodologia: Tratamento estatístico dos dados referentes aos internamentos ocorridos na Unidade de Cuidados Paliativos no período compreendido entre a abertura da unidade (2 de Abril de 2009) e a presente data. Consulta de bibliografia específica sobre casísticas de unidades de cuidados paliativos. Comparar os dados obtidos com dados da literatura.

Conclusão: Salienciamos dos dados obtidos:- a concordância na literatura entre as percentagens entre internamentos por doença oncológica e não oncológica com franca predominância dos primeiros (89%).- o valor elevado da média de dias de internamento que analisamos mais profundamente ao escalonar esses mesmos valores e relacioná-los com diagnósticos e destinos finais.- o número elevado de óbitos na unidade (89%). Saliencia-se a evolução positiva no período de funcionamento.- a dificuldade na alta destes doentes para domicílio (2%) com a possibilidade de acompanhamento diferenciado e proporcionando senão a morte no domicílio, a permanência durante o maior período de tempo possível no mesmo.

Tema: Família e cuidadores

P 110

Um cheiro de amor...

Autores: Sílvia Patrícia Fernandes Coelho; Maria Clara Lopes Peixoto Braga; Claudia Angelica Souza; Tânia Filipa Santos Costa

Instituição: Universidade Católica Portuguesa, Porto

Introdução: A transmissão de más notícias por vezes avassala a família e quando o diagnóstico recai sobre uma doença incurável, progressiva e avançada, a informação destabiliza a forma como a família se comporta e relaciona perante o doente. A família fica exausta, perdida e sofre angustiantemente com a dúvida sobre o que fazer de forma a proteger o seu ente querido. Neste sentido surge, por vezes, a conspiração do silêncio, na qual a família pede aos profissionais de saúde para ocultarem e omitirem a informação a transmitir ao doente. Assim, pretende-se dar evidência a um caso vivenciado por uma equipa prestadora de cuidados paliativos no domicílio, de um doente com uma doença em fase avançada/terminal e como a sua família, o tentou proteger da verdade de forma tão carinhosa.

Objetivos: Demonstrar os custos da conspiração do silêncio. Evidenciar o trabalho de uma equipa de cuidados paliativos domiciliários num doente em fase terminal.

Desenvolvimento: Em cuidados paliativos, a conspiração de silêncio é uma situação que ocorre com elevada frequência devido ao desespero da família, perante o diagnóstico e o medo de confrontar o doente com a realidade. Neste estudo de caso pretende-se dar relevo à atuação de uma família que teve o apoio de uma equipa de cuidados paliativos no domicílio, no sentido de desmistificar este conceito e explicar à família que o doente tem direito à verdade perante a sua situação clínica. Para tal, recorremos a conferências familiares, entre a equipa e a família, realçando-se que o doente não foi incluído devido a períodos de confusão com agitação psicomotora. Nestas conferências foram negociados os planos de cuidados e discutidas as causas e consequências da conspiração de silêncio. A família sentiu-se compreendida, apoiada e foi encorajada a partilhar com o doente os objetivos dos cuidados. O doente faleceu duas semanas após o início da intervenção de caráter paliativo no domicílio, destacando-se que toda a família se despediu tranquilamente e o mesmo faleceu serenamente no seu leito, rodeado de amor.

Conclusão: Com este caso podemos corroborar que em parceria com famílias treinadas e preparadas especificamente por uma equipa especializada, é possível prestar cuidados com qualidade e contribuir para um desfecho/morte do doente tranquilamente e com uma atuação globalizante ao nível dos cuidados paliativos ainda que em contexto domiciliário. Foi reconfortante verificar a serenidade dos últimos dias do doente e a placidez e aceitação que a família demonstrou nos últimos momentos.

Tema: Organização de serviços

P 111

Organizar a prestação de cuidados por enfermeiro de referência, estratégia para garantir a qualidade

Autores: Sílvia Patrícia Coelho; Amélia da Silva Rego

Instituição: Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO: O desempenho do enfermeiro assenta na premissa de cuidar a pessoa na sua integralidade na medida em que reconhece que se trata de um ser com potencialidades e capacidades para agir e decidir. Neste contexto, vê e compreende a pessoa de forma holística. A realidade da organização da prestação de cuidados de enfermagem em algumas Unidades demonstra o abandono de métodos de trabalho que já deram provas de promoverem a qualidade de cuidados, a qual, atualmente configura um problema que traz implicações para as pessoas internadas e se constitui em desafios para os profissionais. Carmona e Laluna (2002) apresentam os resultados de sete estudos realizados com a implantação do Primary Nursing, entre nós conhecido por Enfermeira de Referência, de acordo com a tradução a partir do francês, afirmando que esta modalidade de organizar a prestação de cuidados eleva a qualidade de assistência prestada pelo enfermeiro, e a sua implementação dependerá principalmente do interesse dos enfermeiros em mudar o referencial em direção à competência profissional. Em cuidados paliativos o foco da atenção é o doente e família, integrando a equipa uma triade como um alicerce, um equilíbrio na arte de cuidar doentes em fim de vida. A prestação de cuidados baseada no método de enfermeiro de referência promove a qualidade dos serviços prestados pois proporciona apoio, confiança, respeito e empatia na relação estabelecida entre a equipa, o doente e a família.

OBJETIVOS: Refletir criticamente acerca da organização da prestação de cuidados de enfermagem, que em nossa opinião, melhor se adequa à especificidade dos cuidados paliativos; Relatar os pressupostos que orientam a modalidade de Enfermeiro de Referência, apontando os desafios para a qualidade de cuidados;

DESENVOLVIMENTO: Os métodos de distribuição do trabalho são determinados pela disponibilidade em pessoal de enfermagem conjugado com as características organizacionais e as necessidades de cuidados, sendo o método de trabalho por enfermeiro de referência aquele que melhor condição reúne para garantir a qualidade de cuidados de enfermagem. A organização da prestação de cuidados por enfermeiro de referência além de corresponder às expectativas dos doentes concorre para o desenvolvimento do enfermeiro, permitindo simultaneamente assegurar a individualidade, a globalidade, a responsabilidade e a continuidade de cuidados de enfermagem, ao mesmo tempo que promove a descentralização da tomada de decisão do enfermeiro. Opõe-se, assim, à fragmentação dos cuidados, à existência de diversos intermediários na comunicação e à existência de vários intervenientes na partilha de responsabilidade pela pessoa doente. O facto de ser atribuída, apenas ao enfermeiro dotado de competências para a tomada de decisão (Pinheiro, 1994) a responsabilidade pelos cuidados totais ao doente, desde a admissão até à alta/transfêrencia, sendo também suas atribuições a avaliação do processo e dos resultados (Pearson, 1988), determina que esta conceção de enfermagem como prática profissional é centrada na pessoa cuidada. O método de enfermeiro de referência favorece a interação entre o enfermeiro/equipa/doente/família pois permite uma maior articulação e confiança entre os intervenientes, possibilita a tomada de decisões em conjunto através de uma comunicação verdadeira, ajustada e realista, e facilita o esclarecimento de dúvidas, receios e medos diminuindo a ansiedade e angústia do fim da vida. Este método potencia a qualidade de vida e conforto num ambiente de partilha mútua, numa fase tão difícil como a fase terminal.

CONCLUSÃO: A organização da prestação de cuidados de enfermagem deve proporcionar continuidade e qualidade de cuidados às pessoas que procuram as Unidades de Cuidados Paliativos dado que existe relação positiva entre a aplicação do modelo de enfermeiro de referência e a melhoria da qualidade da prestação de cuidados (Antoli e Sasot, 1998). Face a estes conceitos e reflexões acerca da temática sobre o método de trabalho por enfermeiro de referência como promotor de qualidade de cuidados, conclui-se da importância de que a gestão de cuidados de enfermagem prossiga no sentido de que o trabalho do enfermeiro se torne mais eficiente e consiga promover satisfação para a pessoa cuidada, o enfermeiro e a equipa de saúde. Para tal, a formação das equipas e o seu redimensionamento são fatores a considerar.

P 112

Organização de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos de um centro hospitalar

Autores: Margarida Branco, Sara Moreira, Elga Freire, Júlia Alves, Joana Mirra, Isabel Barbedo, Margarida Pinheiro

Instituição: Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar de Porto

Introdução: Ao longo dos anos, profissionais de diversas áreas do Centro Hospitalar foram lidando na sua prática clínica com situações de doentes em fase final de vida e sentiram a necessidade de providenciar uma resposta diferenciada. No decorrer da publicação do Decreto-lei nº101/2006 de Junho de 2006, alguns destes profissionais foram convocados pela Administração do Centro Hospitalar tendo em vista a organização de uma Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

Objectivos: Refletir sobre o percurso da equipa, objectivos alcançados e objectivos a atingir e dar a conhecer o processo de desenvolvimento e implementação de uma EIHSCP num Centro Hospitalar.

Desenvolvimento: A EIHSCP deste Centro Hospitalar (CH) foi nomeada em 9 de Abril de 2008. Em 30 de Agosto de 2008 foi oficializada a actual constituição. É uma equipa multidisciplinar, constituída por duas médicas internistas e duas enfermeiras com formação avançada em Cuidados Paliativos, uma assistente social com formação básica em Cuidados Paliativos e uma psicóloga e uma psicóloga com formação avançada em Psico-Oncologia e formação básica em Cuidados Paliativos. Conta ainda com a colaboração estreita de consultores nomeados nas áreas de oncologia médica, consulta da dor, nutrição e farmácia.

Tem como missão a consultadoria a doentes adultos terminais, oncológicos e não oncológicos, internados no CH, a sensibilização e formação dos profissionais de saúde que lidam com doentes terminais e a transferência de doentes para as Unidades de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados RNCCI.

Desde a sua nomeação, iniciou um trabalho de organização e planificação das suas actividades através da realização de reuniões periódicas. Neste sentido, conseguiu um espaço físico próprio, desenvolveu uma vasta actividade de formação alargada a profissionais de várias áreas de todos os serviços com actividade clínica do Centro Hospitalar. Desenvolveu e implementou, juntamente com os Serviços de Informática, um pedido electrónico de consulta interna, disponível no Portal Interno do CH, acessível a todos os médicos e uma base de dados no Processo Clínico Electrónico (PCE). No portal interno foi também criado um ícone de informação/página da EIHSCP onde está disponível informação sobre a equipa, o manual e outros documentos.

A actividade assistencial da equipa teve início a 3 de Outubro de 2011 e foi divulgada no Portal Interno do CH e realizada uma apresentação personalizada aos directores dos serviços. Implementou-se uma linha telefónica fixa e móvel, disponível de segunda a sexta-feira entre as 8.00h e as 15.00h para todos os que pretendam contactar a equipa. Esta equipa é reconhecida pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). Desde 20 de Março de 2012 a EIHSCP passou a ter acesso à plataforma informática da RNCCI passando a ser responsável pela proposta de transferências para as tipologias de respostas da RNCCI.

Conclusão: A constituição e implementação de uma EIHSCP exige uma concertação e convergência de esforços e contributos dos profissionais que constituem a equipa em articulação com as administrações, profissionais dos restantes serviços da instituição e profissionais da rede. Este trabalho de cooperação permite a aceitação dos parceiros institucionais e facilita a comunicação com os serviços disponibilizados pela rede. A reflexão sobre o percurso desta equipa permitiu-nos ver alguns dos objectivos iniciais atingidos. Os resultados positivos obtidos no tratamento dos doentes terminais bem como a satisfação que informalmente vamos sentindo da parte dos serviços do CH com o apoio da equipa, encoraja-nos a melhorar progressivamente este trabalho e a dar a conhecer a nossa experiência, esperando que esta possa constituir uma ajuda para outros que desejam desenvolver um projecto semelhante.

P 113

Cuidado ao paciente oncológico do HMMG: organização e implantação do ambulatório de cuidados paliativos serviço de oncologia do hospital municipal Dr. Mario Gatti

Autora: Sílvia Benvenuti de Oliveira

Instituição: Hospital Municipal Dr. Mario Gatti (HMMG) Campinas - São Paulo- Brasil

Introdução: O Centro de Oncologia do HMMG atende pacientes da região metropolitana para tratamento de radioterapia e oncologia pelo SUS. Dados históricos de atendimentos em 2011 do Centro de Oncologia e Radioterapia do HMMG apresentam demanda estimada de 20 a 30 pacientes por mês em condições incuráveis para o atendimento em Ambulatório de Cuidados Paliativos (quadro 1). JANFEV MAR ABR MAI JUN JUL AGO SET OUT NOV DEZ TOTAL 440487 571 560 642 65 494 572 546 575 466 470 5888 1pacientes atendidos em Clínica de Oncologia e Radioterapia em 2011. Objectivo da intervenção: CUIDADO PALIATIVO AO PACIENTE ONCOLÓGICO.

Objetivos: Implantar atendimento ambulatorial em cuidados paliativos aos pacientes com doença oncológica em fase terminal no HMMG, com foco no cuidado integral e oportuno, de maneira adequada e humanizada. Montar equipe de cuidado multiprofissional. Construir fluxo de pacientes oncológicos em cuidados paliativos na atenção ambulatorial.

Metodologia: Para criar um cuidado integrado e individualizado, de forma a humanizar o atendimento, criou-se equipe multiprofissional para atuar no Ambulatório de Cuidados Paliativos, formada por: médicos paliativistas, enfermeira, assistente social, nutricionista, farmacêutica e psicóloga. Para organização e pactuação do fluxo ao paciente e interação da equipe multiprofissional foram feitas reuniões com a equipe multiprofissional de cuidados paliativos e equipe de oncologia, quimioterapia e radioterapia, referência técnica de cuidados paliativos e gestores da unidade, que servem de mobilização dos agentes envolvidos para atendimento da proposta oferecida, para que o fluxo seja implantado com êxito. O fluxo aos pacientes foi definido da seguinte forma: (1) O médico oncologista do serviço encaminhava o paciente para os cuidados paliativos; (2) O médico paliativista faz o 1º atendimento; (3) O paciente é atendido pela equipe multiprofissional; (4) É elaborado plano terapêutico. A rotina de atendimento dos médicos e da equipe é: duas 1ª consultas de 1 h.; quatro retornos de 40 min.; dois encaixes de 15 min.

Resultado: De janeiro a abril de 2012 preparou-se a equipe multiprofissional e médicos para o atendimento. Iniciou-se o atendimento ao paciente no mês de maio de 2012. Em três meses de funcionamento obteve-se 40 casos novos atendidos, com 40 planos terapêuticos, 39 retornos. Do total de pacientes enquadrados na condição de terminal, 100% tiveram primeiro atendimento agendado e realizado. Não temos fila de espera. Existe agenda de reuniões para discussão de caso clínico da equipe multiprofissional. Os pacientes são encaminhados pelos oncologistas e atendidos pelos cuidados paliativos, comparecerem aos retornos e tem aceitação ao cuidado oferecido, indicando êxito do projeto.

Conclusão: O HMMG inicia oferta de serviço de cuidado integral e humanizado ao paciente oncológico incurável e terminal. Essa oferta é realizada por equipe multiprofissional e médicos especializados em medicina paliativa. Os pacientes encaminhados pelos oncologistas aceitam o método proposto de tratamento.

P 114

Referenciação dos Doentes Paliativos: experiência de uma Equipa de cuidados domiciliários

Autores: Adalgiza Pinto; Carlos Pereira; Manuel Ferreira; Maria Adelaide Laranjeira; Maria Fátima Ferreira; Paula Fernandes; Rui Almeida

Instituições: ACES de Odiveelas/ ECCI Odiveelas

Justificação: O reconhecimento da importância da continuidade de cuidados levou à criação oficial, em 2006, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, (RNCCI) tendo sido fomentado a formação e operacionalização de equipas de prestação de cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários e secundários.

A criação nos hospitais de Equipas Gestoras de Altas, multiprofissionais, permitiria uma agilização e maior eficácia da comunicação entre os dois níveis de prestação de cuidados.

A experiência desta Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na prestação de cuidados paliativos domiciliários remonta aos anos 90, e desde sempre com o estabelecimento de protocolos entre alguns dos serviços hospitalares. A articulação interinstitucional criada pela RNCCI merece uma reflexão das equipas prestadoras de cuidados, razão pela qual nos propomos a este estudo.

Objectivo geral: Analisar o processo de referenciação à ECCI, com base nos seguintes fenómenos: comunicação inter instituições; avaliação de necessidades do utente e cuidadores; caracterização dos utentes e cuidadores e tempo de acompanhamento pela ECCI.

Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, unicêntrico e descritivo de abordagem quantitativa. A amostra é de conveniência, o estudo será analisar o processo dos utentes admitidos pela ECCI no período compreendido entre Janeiro e Junho de 2012. Pretende-se utilizar um guião de apoio para a recolha de dados dos processos individuais e do aplicativo informático em uso na ECCI. Tratamento e análise dos dados. Os dados serão submetidos a tratamento informático com recurso à estatística descritiva e analítica através do programa SPSS versão 15.

Conclusão: Como base em experiências vivenciadas pela ECCI no que concerne aos cuidados prestados ao utente paliativos no domicílio, torna-se importante analisar o processo de referenciação. Com este estudo pretendemos verificar se este processo interinstitucional tem promovido uma comunicação eficaz. Esta análise tem como meta melhorar a articulação inter equipas de cuidados paliativos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Referenciação; Comunicação; Avaliação de Necessidade.

P 115

A arte de Comunicar com o doente paliativo em contexto domiciliário: saber ouvir o que não é dito

Autores: Maria José Pacheco; Cristina Francisco; Mickael Pião; Liliana Rodrigues

Instituições: UCC DALagoa; Equipa de Cuidados Continuados de Lagoa - ACES Barlavento

Introdução: A comunicação é um elemento fundamental na relação humana. Relacionar-se é estar com o outro, fazendo uso de habilidades de comunicação verbal e não verbal para emitir e receber mensagens. O uso adequado de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal, pelos profissionais de saúde, constitui uma medida terapêutica de reconhecida eficácia, que permite ao doente partilhar medos, dúvidas e sofrimento e contribui para a diminuição do stress psicológico, promovendo a sua autonomia.

Objectivo: Refletir sobre a importância de uma comunicação eficaz com o doente paliativo na promoção da sua autonomia e diminuição da ansiedade.

Desenvolvimento: A comunicação não verbal é fundamental para o estabelecimento do vínculo que sustenta o relacionamento interpessoal, imprescindível na relação entre profissionais de saúde e doentes. É principalmente por meio de emissão dos sinais não verbais do profissional de saúde que o doente desenvolve confiança e permite que se estabeleça uma relação terapêutica efectiva. Ao cuidar do doente paliativo em fase terminal, uma das principais habilidades de comunicação necessárias ao profissional de saúde é a escuta atenta e reflexiva que permite identificar as reais necessidades do doente. Sentar-se ao lado do doente, mostrando-se interessado pela sua história e disponível para ouvi-lo e compreendê-lo é uma forma comprovadamente eficaz de assistência emocional e espiritualmente. Quando se utiliza adequadamente a comunicação interpessoal no contexto dos cuidados paliativos, é possível decifrar informações essenciais e, dessa forma, diminuir a ansiedade de quem está próximo da morte, proporcionando mais qualidade ao nosso cuidar e conquistando mais satisfação pessoal.

Se o doente ainda é capaz de verbalizar, pode haver o desejo de partilhar com alguém da equipa de saúde ou com familiares os seus sentimentos e anseios. E mesmo quando já não é possível falar o doente demonstra de várias formas não verbal e fisiológica o seu sofrimento. Neste contexto, as palavras mostram-se secundárias e a comunicação não verbal assume o papel de instrumento do cuidado nessa fase final.

Conclusão: Os profissionais de saúde que trabalham com seres humanos em situação de doença e sofrimento, necessitam de saber não apenas o que, mas quando e como falar. Precisam, sobretudo, de saber estar em silêncio, substituindo as palavras por um toque efectivo ou potenciar o efeito de um ansiolítico através da escuta atenta e reflexiva, estando mais próximo e acessível às reais necessidades dos doentes.

P 116

Experiência do grupo de trabalho de nutrição entérica de um hospital de cuidados continuados

Autores: Marta Pires; Maria João Duarte; Rita Barroso

Instituição: Hospital do Mar

A nutrição entérica deve ter como primordial objectivo a promoção e manutenção da qualidade de vida dos doentes. A alimentação por Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) surge actualmente como a opção de eleição, nos casos em que se evidencia a necessidade de uma sonda para estabelecer um suporte nutricional por um período superior a 3/ 4 semanas. No contexto dos cuidados paliativos a decisão de alimentar artificialmente nestas situações, tem cada vez mais implicações éticas associadas, que exigem tomadas de decisão complexas e respostas cada vez mais especializadas e multidisciplinares. Trata-se de balancear critérios fundamentais que vão desde a gestão realista de expectativas, ao conforto do doente e família e à noção de benefício clínico nutricional efectivo. O número de doentes crónicos que carecem deste tipo de suporte nutricional tem vindo a aumentar nos últimos tempos, quer no contexto domiciliário quer no contexto hospitalar. Do mesmo modo, a sensibilidade dos profissionais de saúde também acompanha esta tendência. A presente comunicação visa descrever e analisar a experiência de um grupo de trabalho de nutrição entérica e apresentar os respetivos dados. Trata-se da experiência do primeiro ano de atividades deste grupo que decorreu de Junho de 2011 a Julho de 2012. O grupo tem como principais objetivos: desenvolver e atualizar as competências dos profissionais para lidarem com os doentes alimentados por tubo de PEG e suas famílias; participar no processo de tomada de decisão com a família e em equipa multidisciplinar, das situações em que a alimentação por esta via seja uma hipótese a considerar; acompanhar de forma especializada os doentes (e suas famílias) que carecem de alimentação por sonda (tube feeding); avaliar e garantir a manutenção das necessidades e dos cuidados prestados a estes doentes. Importa referir que a criação deste grupo de trabalho veio marcar também o início da possibilidade de alguns dos doentes que possuem uma PEG, substituírem as respetivas sondas no nosso hospital com acompanhamento médico e de enfermagem especializado.

ORGANIZAÇÃO



Associação Portuguesa
de Cuidados Paliativos
www.apcp.com.pt

COMISSÃO DE HONRA

Presidente da Comissão de Honra: Doutora Maria Cavaco Silva

Presidente da Assembleia da República

Ministro da Saúde

Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional
de Saúde do Norte

Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde

Bastonário da Ordem dos Médicos

Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses

Bastonária da Ordem dos Nutricionistas

Bastonário da Ordem dos Farmacêuticos

Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

Director Geral da Saúde

Presidente do Conselho de Administração do Hospital de S. João
do Porto

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar
do Porto

Presidente do Conselho de Administração do Instituto Português
de Oncologia do Porto

Directora Clínico do Hospital de S. João do Porto

Director Clínico do Centro Hospitalar do Porto

Director Clínico do Instituto Português de Oncologia do Porto

Reitor da Universidade Católica Portuguesa

Director da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Director do Instituto de Ciências da Saúde da UCP

Directora Executiva do Instituto de Ciências da Saúde da UCP

Presidente da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Presidente da União das Misericórdias

Presidente da Direcção Nacional da Liga Portuguesa Contra o Cancro

Director do Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano
da Fundação Calouste Gulbenkian

Presidente da Câmara Municipal do Porto

Coordenador Nacional da Pastoral da Saúde

COMISSÃO ORGANIZADORA

Ana Bernardo
Fátima Ferreira
Helena Salazar
Margarida Alvarenga
Nélia Trindade
Paula Sapeta

COMISSÃO CIENTÍFICA

Alexandra Ramos
Catarina Simões
Cláudia Burlá
Cristina Pinto
Hermínio Araújo
José Eduardo Oliveira
Manuel Luís Capelas
Maria Goretti Sales Maciel
Rita Abril

MAJOR SPONSOR



PATROCÍNIOS



SECRETARIADO

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DO CONGRESSO



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: ana.montes@admedic.pt
W: www.admedic.pt



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa
T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt
W: www.admedictours.pt | RNAVT 2526