



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

Relatório de Prática Clínica

Papel do Fisioterapeuta nos Cuidados Paliativos

Mestrado em Cuidados Paliativos

Helena Alexandra Gomes Cruz

Orientadores

Orientador: Professor Doutor Nuno do Carmo Antunes Cordeiro

Co-orientador: Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Novembro de 2014



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

Relatório de Prática Clínica

Papel do Fisioterapeuta nos Cuidados Paliativos

Helena Alexandra Gomes Cruz

Orientadores

Orientador: Professor Doutor Nuno do Carmo Antunes Cordeiro

Co-orientador: Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Relatório de Prática Clínica apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, realizada sob a orientação científica do Professor Adjunto na área científica da Fisioterapia na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Professor Doutor Nuno do Carmo Antunes Cordeiro do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e co-orientação científica da Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Novembro de 2014

Composição do júri

Presidente do júri

Mestre Jorge Salvador Pinto de Almeida

Vogais

Professor Doutor Nuno do Carmo Antunes Cordeiro

Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Professora Doutora Rute Sofia dos Santos Crisóstomo

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedicatória

Este trabalho é dedicado
à minha avó que não conseguiu acompanhar esta jornada até ao fim,
e à minha mãe que sempre me apoiou durante a realização do Mestrado.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Nuno do Carmo Antunes Cordeiro pela sua orientação, paciência e disponibilidade.

À Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta pela co-orientação e ajuda no caminho dos Cuidados Paliativos.

Aos formadores do Mestrado, pela sua transmissão de conhecimentos.

À fisioterapeuta da prática clínica pela sua orientação, disponibilidade e partilha de experiência.

Aos doentes e famílias da UCCP por permitirem que cuidasse deles e pela partilha da sua sabedoria.

Aos profissionais do serviço onde trabalho pela pronta disponibilidade em participar no meu projeto, dispensando o seu tempo.

Aos meus amigos pelo apoio e incentivo.

E sobretudo à minha família pelo apoio incondicional.

A todos o meu bem-haja!

“Ser terapeuta de um paciente que agoniza
é conscientizar-se da singularidade de cada indivíduo
neste oceano imenso da humanidade”

Kubler-Ross

Resumo

Este relatório insere-se no 2º ano do Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco e tem como finalidade descrever o percurso desenvolvido no 3º semestre do Mestrado, como requisito à obtenção do nível de mestre em Cuidados Paliativos. Durante o processo de formação da prática clínica, devem ser adquiridas competências ao nível do saber agir profissional e responsável, reconhecido pelos outros; ao nível da mobilização e integração de conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado. A unidade curricular de prática clínica teve uma duração de 300 horas, das quais 100 horas foram realizadas no serviço onde desempenha funções, através da realização de um projeto de intervenção/formação. As restantes 200 horas foram realizadas numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos.

A Fisioterapia e os Cuidados Paliativos surgem como duas partes integrantes do tratamento multidisciplinar a doentes com doença crónica avançada, uma vez que partilham objetivos e abordagens terapêuticas, ambos possuem um modelo multidisciplinar de atendimento, que visa melhorar os níveis de função e conforto do doente. Contudo, a reabilitação de doentes paliativos tem recebido pouca atenção, existindo pouca evidência para apoiar a sua eficácia. Apesar da escassa evidência, o fisioterapeuta desempenha um papel importante na equipa de Cuidados Paliativos intervindo numa grande variedade de situações. A prestação de um serviço de fisioterapia especializado resulta em níveis elevados de funcionalidade, qualidade de vida e satisfação do doente. Porém este tipo de doentes representa muitas vezes um desafio na atuação do fisioterapeuta e a sua complexidade requer formação específica. Deste modo para integrar uma equipa de Cuidados Paliativos, é necessário que o fisioterapeuta possua formação específica quer pela elevada componente psicológica, quer pelas necessidades especiais destes doentes.

Após perceber a filosofia dos Cuidados Paliativos e a importância da fisioterapia nas suas equipas, foi delineado um projeto de intervenção que teve como principal objetivo demonstrar que a prática paliativa não é exclusiva dos serviços de Cuidados Paliativos e pode ser transposta para outros serviços. Embora realizado num serviço pequeno e com uma amostra reduzida de profissionais, verificou-se que os princípios dos Cuidados Paliativos podem ser aplicados num serviço de Medicina Física e de Reabilitação.

Palavras-chave

Cuidados Paliativos; Fisioterapia; Humanização de cuidados

Abstract

This report is part of the second year of the Master in Palliative Care of the *Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco* and aims to describe the journey developed in the third semester, as a requirement to obtain Master's degree. During the formation process of clinical practice, should be acquired skills at the level of know to act professional and responsible, recognized by others and mobilization and integration of knowledge, resources and skills, in a professional specific context. The curricular unit of clinical practice had a duration 300 hours, of which 100 hours were performed in my workplace, by conducting an intervention/training project. The remaining 200 hours were performed in a *Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos*.

Physical Therapy and Palliative Care emerge as two integral parts of the multidisciplinary treatment in patients with advanced chronic disease, since they share goals and therapeutic approaches, both have a multidisciplinary model of care, which aims to improve levels of function and patient comfort. However, the rehabilitation of palliative patients has received little attention, and there is little evidence to support its effectiveness. Despite limited evidence, the physical therapist plays an important role in the Palliative Care team by intervening in a variety of situations. The provision of a specialized physiotherapy service results in high levels of functionality, quality of life and patient satisfaction. But these types of patients is often a challenge in the physiotherapist performance and its complexity requires a specific training. In this way to integrate a palliative care team, it's necessary that physical therapists have specific training either by high psychological component, either by the special needs of these patients.

After realizing the philosophy of Palliative Care and the importance of Physical Therapy in their teams, we designed an intervention project that aims to demonstrate that palliative practice is not unique to the Palliative Care services and can be applied to other services. Although performed in a small service with a small sample of professionals, it was found that the principles of Palliative Care can be applied in a Physiotherapy service.

Keywords

Palliative Care; Physical Therapy; Humanized Care

Índice geral

Resumo	XI
Abstract	XIII
1. Introdução	1
Parte I	3
2. Prática Clínica	3
2.1. Tipologia de cuidados	4
2.1.1. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do HL: caracterização e reflexão crítica	8
2.2. Competências adquiridas	10
2.2.1. Objetivos e competências	11
2.2.2. Atividades	13
2.2.3. Reflexão crítica sobre a prática	13
Parte II	31
3. Projeto de intervenção	31
3.1. Cuidados Paliativos em doenças crónicas	32
3.2. Plano de intervenção	34
3.2.1. Diagnóstico da situação	36
3.2.2. Objetivos	36
3.2.3. Descrição das ações	37
3.2.4. Plano de formação	41
3.2.5. Desenvolvimento do plano de formação	44
3.2.6. Avaliação da intervenção – Apresentação de resultados	44
Parte III	59
4. Temática central – O papel do Fisioterapeuta nos Cuidados Paliativos	59

4.1. Estudos de caso: papel do Fisioterapeuta nos Cuidados Paliativos	64
4.1.1. Caso 1: Sr. AS	64
4.1.2. Caso 2: Sr. BS	68
Parte IV	71
5. Revisão sistemática da literatura	71
5.1. Resumo	71
5.2. Introdução	72
5.3. Metodologia	74
5.4. Resultados	78
5.4.1. Estratégias não farmacológicas	79
5.5. Conclusão	84
6. Conclusão Geral	86
Referências bibliográficas	88
Apêndices	94
Anexos	143

Índice de apêndices

Apêndice A - Casos clínicos	95
Apêndice B - Instrumento de avaliação elaborado para avaliação da prática no serviço – Checklist	103
Apêndice C - Instrumento de avaliação elaborado para avaliação das competências dos profissionais na área dos CP – Questionário	106
Apêndice D - Apresentação de diapositivos em formato PowerPoint utilizados na sessão de formação	110
Apêndice E - Checklist de avaliação da prática no serviço	128
Apêndice F - Tabelas de distribuição das respostas quanto ao processo de interação fisioterapeuta-doente	130
Apêndice G - Quadro resumo dos artigos/ revisões da literatura	134

Índice de anexos

Anexo A – Escalas de avaliação utilizadas na UCCP do HL	144
Anexo B – Instrumentos de avaliação estandardizados utilizados na UCCP do HL ..	151
Anexo C – Questionário de avaliação das competências do fisioterapeuta no processo de interação com o doente	158

Índice de figuras

Figura 1 – Modelo cooperativo com intervenção nas crises	7
Figura 2 – Identificação e seleção dos estudos relevantes	78

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Distribuição do item 41. Exigir a participação do paciente no tratamento, nos dois momentos de avaliação	54
Gráfico 2 – Estudos por ano de publicação e país de origem	79

Índice de tabelas

Tabela 1 – As “fases” da prestação de Cuidados Paliativos	6
Tabela 2 – Diagnóstico da situação – Análise SWOT	36
Tabela 3 – Distribuição dos itens presentes no questionário de avaliação das competências dos profissionais na área dos CP	39
Tabela 4 – Cronograma das ações	41
Tabela 5 – Plano pedagógico da sessão de formação	43
Tabela 6 – Distribuição do número de itens que se verificam na prática realizada no serviço	47
Tabela 7 – Distribuição das respostas quanto às competências dos profissionais na área dos Cuidados Paliativos	50
Tabela 8 – Itens considerados “ <i>Muito Importante</i> ”, por todos os fisioterapeutas, no momento 0	52
Tabela 9 - Itens considerados “ <i>Muito Importante</i> ”, por todos os fisioterapeutas, no momento 1	53
Tabela 10 – Distribuição das respostas dos itens que obtiveram alterações mais significativas, quanto ao processo de interação fisioterapeuta-doente	54
Tabela 11 – Protocolo de pesquisa	76
Tabela 12 – Processo de pesquisa	77
Tabela 13 – Lista dos estudos considerados na revisão da literatura	83

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

APF – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

AVD's – Atividades da vida diária

CF – Conferência familiar

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

ELPr – Expiração lenta prolongada

ESMO – European Society of Medical Oncology

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

TENS – *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (estimulação nervosa elétrica transcutânea)

UCCP – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos

1. Introdução

O progresso da medicina no decorrer dos últimos tempos modificou os cuidados de saúde, centrando-se estes atualmente no curar. Este progresso associado a melhores condições de vida proporcionou um aumento da esperança de vida, assim como o aparecimento de outras classes de doenças que se tornam crónicas, em que o objetivo da cura deixou de ser realista (Capelas & Neto, 2010). Na grande maioria das situações, os profissionais de saúde, através do seu saber e competência, tentam dar o seu melhor preocupando-se mais com o corpo do doente e o seu funcionamento biológico, do que com o doente e as suas necessidades. Desta forma, surge cada vez mais a necessidade de implementação de uma prática paliativa e cuidados assentes na filosofia dos CP.

O doente com doença incurável e progressiva passa por um processo complexo e deve ser integralmente cuidado, o que implica uma abordagem holística, articulando as dimensões física, psicológica, social, económica e espiritual (Twycross, 2003). A complexidade e variedade das situações clínicas, o largo espetro terapêutico e a gestão do sofrimento, exigem uma preparação sólida e diferenciada, que deve compreender a formação quer pré-graduada, quer pós-graduada dos profissionais que desempenham funções nesta área (DGS, 2004). A formação diferenciada na área dos CP é, deste modo, um ponto fundamental e imprescindível para a organização e qualidade deste tipo de cuidados, sendo que a formação exige uma componente teórica e uma componente de experiência prática efetiva (DGS, 2004). Osswald (2013) refere que em CP não basta ao profissional de saúde ser bem preparado e competente no exercício da sua profissão. O autor defende a necessidade de alcançar um grau de conhecimento teórico e prático compatível com uma especialização; para além da humanidade e compaixão existentes nos cuidados, é necessária uma base ética do agir profissional, que se adquire somente pelo estudo e pela prática.

O relatório apresentado insere-se no 2º ano do Mestrado em Cuidados Paliativos e tem como finalidade descrever o percurso desenvolvido no 3º semestre do Mestrado, como requisito à obtenção do nível de mestre em Cuidados Paliativos. Durante o processo de formação da prática clínica, devem ser adquiridas competências ao nível do saber agir profissional e responsável, reconhecido pelos outros; ao nível da mobilização e integração de conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado. Segundo Boterf (2006) uma das componentes pelas quais se adquirem competências é a experiência profissional, em conjunto com a formação/educação e os aspetos sociais, culturais e éticos de cada pessoa.

A unidade curricular de prática clínica tem uma duração de 300 horas, das quais 100 horas foram realizadas no serviço onde desempenha funções, através da realização de um projeto de intervenção/formação. As restantes 200 horas foram

realizadas numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos. O estágio decorreu de 27 de Janeiro a 4 de Março, das 9.30 às 18.00 horas, e teve como orientador cooperante a Terapeuta L., fisioterapeuta na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos.

O relatório de prática clínica, foi realizado sob a Orientação científica do Professor Doutor Nuno do Carmo Antunes Cordeiro, Professor Adjunto na área científica da Fisioterapia na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e a Co-orientação científica da Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

De acordo com a Adenda do Mestrado em Cuidados Paliativos ao Regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Castelo Branco, os objetivos gerais definidos para o relatório de prática clínica, são os seguintes:

a) Refletir criticamente sobre a tipologia e o modelo de organização do serviço observado;

b) Rever criticamente e de modo integrado as competências adquiridas nas áreas-chave dos CP: comunicação, controlo de sintomas, apoio à família e no trabalho em equipa;

c) Demonstrar, pormenorizadamente, como as competências instrumentais, interpessoais e sistémicas foram adquiridas nas quatro áreas-chave dos CP;

d) Descrever o projeto de Intervenção/Formação em serviço desenvolvido no serviço a que pertence, identificando a área problema, o objetivo e o plano pedagógico da formação e intervenção, fundamentando as suas diferentes etapas, desde o planeamento, à realização e avaliação;

e) Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos CP, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar.

Parte I

2. Prática Clínica

O progresso da medicina ao longo dos tempos modificou os cuidados de saúde, levando a um aumento da longevidade e à emergência de doenças crônicas, conseqüentemente, a morte passou a ocorrer frequentemente no final de uma doença crônica prolongada. Porém o fato de se passar a viver mais tempo, não significa que se passe a morrer melhor ou que se tenha melhores cuidados em fim de vida. Segundo Neto (2010), a intensa luta pela busca da cura de muitas doenças e a sofisticação dos meios utilizados, conduziu a uma cultura de “negação da morte” e “ilusão de pleno controlo sobre a doença”, colocando em segundo plano as intervenções na saúde que promovem um final de vida condigno, ao invés de garantir a cura. Foi justamente como reação a esta tendência desumanizante da medicina moderna que surgiu, a partir de 1968, o “movimento dos cuidados paliativos”, tendo como sua pioneira Cicely Saunders em Inglaterra.

Os cuidados paliativos são cuidados ativos e totais prestados a doentes e suas famílias. São realizados, por equipas multidisciplinares, quando a doença já não responde a tratamentos curativos ou que prolongam a vida (Twycross, 2003). O seu principal objetivo é a obtenção da melhor qualidade de vida possível para o doente e família, os cuidados dirigem-se mais ao doente do que à doença. A OMS, definiu em 2002 os cuidados paliativos como *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/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 psicossociais e espirituais”*. Maciel (2006) citado por Othero & Costa (2014, p.34) define os CP e a sua importância da seguinte forma – *“É essa a sabedoria dos Cuidados Paliativos: saber cuidar e aliviar o sofrimento sem abreviar a vida, tornar vivos todos os momentos que restam ao doente, tenha ele um prognóstico de anos, meses, semanas, dias ou horas. Ter o dom da comunicação verdadeira, do respeito absoluto à autonomia, da comunicação capaz de fazer entender toda a evolução da doença. Prevenir complicações stressantes, orientar os familiares e oferecer-lhes suporte adequado através de uma equipe multiprofissional. Manter o doente livre de dor durante todo o curso de sua doença, assim como de todos os outros sintomas. Entender e oferecer assistência adequada ao luto da família, durante o período necessário, prevenindo o luto complicado e suas implicações”*.

Estes cuidados constituem uma parte essencial dos cuidados de saúde aos quais qualquer cidadão deveria ter acesso. Embora esta não seja ainda uma realidade, são considerados uma obrigação do Serviço Nacional de Saúde, sendo divulgados pela Direção-Geral de Saúde, através do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004).

Como resposta às necessidades causadas pelo sofrimento associado a doença grave e/ou avançada, no doente e sua família, são definidos os seguintes princípios fundamentais (Capelas & Neto, 2010):

a) Cuidados integrais, totais e continuados, que têm em conta os aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais, controlando todos os sintomas geradores de sofrimento;

b) Afirmam a vida e consideram a morte um processo natural – a sua intenção não é, nem apresar, nem adiar a morte;

c) Consideram o doente e a família a unidade a tratar, sendo indissociáveis, sempre com uma abordagem sistémica;

d) O conforto, a qualidade de vida, a promoção da dignidade e adaptação às perdas sentidas são objetivos centrais da sua intervenção, podendo deste modo influenciar-se positivamente o curso da doença, pelo que estes cuidados devem iniciar-se precocemente no curso desta, em ligação com terapias vocacionadas para o aumento do tempo de vida;

e) Cuidados ativos, reabilitadores e promotores da autonomia, proporcionando um sistema de suporte que ajude o doente a viver tão ativamente quanto possível até à morte;

f) Utilizam uma abordagem em equipa para responder às necessidades do doente e família, incluindo o aconselhamento durante o período de luto, quando necessário;

g) Proporcionam um sistema de suporte e de ajuda à família para que esta consiga lidar com a doença do seu ente e com o seu luto;

h) Guiados por critérios de efetividade, eficiência e eficácia, suportados pela evidência científica e com alocação racional dos recursos.

Estes princípios são suportados por uma filosofia na qual se depreende e se recomenda que os CP, na sua essência, se dirijam mais ao doente que à doença, que aceitem a inevitabilidade da morte mas que também melhorem a vida. Partem de uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados, em que se preocupam mais com a reconciliação pessoal do que com a cura impossível da doença.

2.1. Tipologia de cuidados

A designação de doente terminal e de tipologia de doentes em CP é difícil (Neto, 2010). Como foi referido anteriormente os CP são definidos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam as consequências de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, recorrendo à identificação precoce e tratamento dos problemas físicos, psicossociais

e espirituais. Deste modo, a presença de uma doença grave, ainda que curável, pode ser uma indicação para CP, na medida em que pode acarretar necessidades de saúde pelo sofrimento associado. Segundo a definição atual de CP, o doente que recebe CP não é necessariamente um doente terminal. A intervenção dos CP pode ocorrer em fases mais precoces da doença, uma vez que esta é feita com base nas necessidades e não no diagnóstico (Neto, 2010). Existem doentes com necessidades de cuidados diferentes, quer seja pelas questões clínicas decorrentes do diagnóstico, quer seja pelas questões sociofamiliares e espirituais. Deste modo todas as pessoas com doenças crónicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida limitado, são candidatas a CP (DGS, 2004). Atualmente para além das doenças oncológicas, os CP estendem-se também a situações como as insuficiências de órgão, a SIDA em estadios terminal, as doenças neurológicas degenerativas, as demências na sua fase final, entre outras.

A clarificação e definição de doente paliativo são importantes na medida em que permite a adequação e mobilização de recursos técnicos, com vista a torná-los mais eficazes, eficientes e efetivos. De acordo com a Australian National Sub-acute and Non-acute Patient (ANSNAP) Classification citada pela APCP (2006) existem quatro fases paliativas de acordo com o estadio da doença, correspondendo cada uma a diferentes níveis de complexidade:

a) Aguda: fase de desenvolvimento inesperado de um problema ou em que ocorre um aumento significativo na gravidade dos problemas existentes.

b) Em deterioração: fase em que ocorre um desenvolvimento gradual dos problemas, sem que exista necessidade de uma alteração súbita no manuseamento da situação, são doentes que não se encontram ainda na fase terminal;

c) Terminal: fase em que a morte está iminente, numa previsão de horas ou dias (agonia) e não se prevêem intervenções agudas;

d) Estável: esta fase inclui todos os doentes que não estão em nenhuma das fases anteriores.

Müller Busch (2004) citado por Gonçalves, Neto & Marques (2008) divide a prestação de CP em quatro fases: reabilitativa, pré-terminal, terminal e final, conforme representado na tabela 1. Consoante cada uma destas fases a intenção do tratamento paliativo será diferente, no entanto o objetivo fulcral dos CP mantém-se inalterado.

Tabela 1 – As “fases” da prestação dos Cuidados Paliativos (Fonte: Gonçalves, Neto & Marques, 2008, adaptado de Müller Busch, 2004).

Fase	Duração	Mobilidade	Intenção do tratamento paliativo	Princípios
Reabilitativa	anos/ meses	mantida	Restaurar a autonomia; Controlo sintomático	Possibilidade de tratamentos agressivos
Pré-terminal	meses/ semanas	limitada	Qualidade de vida possível; Controlo sintomático	Apoio social
Terminal	semanas/ dias	maior parte do tempo acamado	Máximo conforto	Expetativas realistas; Reduzir o impacto da doença
Final	dias/ horas	essencialmente acamado	Cuidados ativos de conforto	Valorizar, aceitar; Aliviar

A definição de doente paliativo e a evolução da definição de CP por parte da OMS, abandonou o critério de prognóstico transferindo-o para o tipo de necessidades e sofrimento do doente, independentemente da fase evolutiva da doença. Estas mudanças conduziram a uma evolução dos modelos de atuação de CP, sendo o modelo mais atual e adequado o modelo cooperativo com intervenção nas crises. Este modelo (Figura 1) resulta da combinação e articulação permanente entre a terapêutica dirigida à doença e a terapêutica paliativa. À medida que as necessidades do doente e doença evoluem o tratamento específico e os CP têm pesos intervencionais diferentes. Contudo a terapêutica paliativa pode intervir desde o início do processo de doença, não se limitando à fase terminal da doença. Assim como, pontualmente e em situação de crise, a intervenção curativa pode ocorrer na fase terminal da doença. O modelo cooperativo com intervenção nas crises é aquele que se encontra mais próximo do que é pretendido e para o qual os CP deverão evoluir, uma vez que compreende uma permanente colaboração e articulação, com acessibilidade constante quer na intervenção específica quer na paliativa, desde o início da doença (Capelas & Neto, 2010).

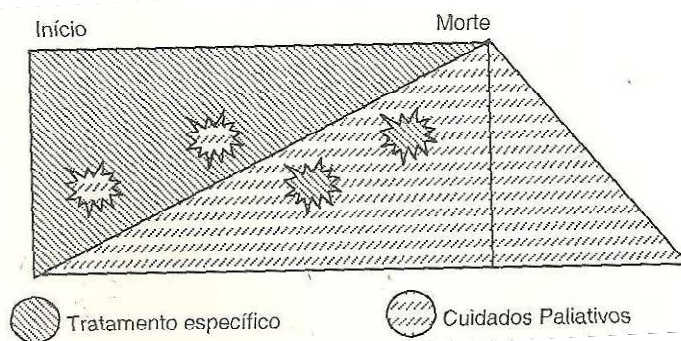


Figura 1 – Modelo cooperativo com intervenção nas crises (Fonte: Capelas & Neto, 2010, adaptado de Gómez-Batiste et al., 2005).

Na prestação de CP deve ser desenvolvida uma diversidade de respostas, que permitam satisfazer a diversidade de necessidades destes doentes (Bruera & Sweeney, 2002). Esta resposta deve considerar uma rede alargada e integrada de cuidados e serviços que incluam cuidados no domicílio, centros/hospitais de dia, cuidados em unidades de internamento específicas e em hospitais agudos, assim como instituições de longa duração (Capelas & Neto, 2010).

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS, 2004) refere quatro níveis de diferenciação (ação paliativa, CP de nível I, II e III), sendo que estes se podem aplicar a diferentes localizações de recursos específicos. O primeiro nível de diferenciação é a ação paliativa, que representa o nível básico de palição. Corresponde à prestação de ações paliativas, sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas. Pode ser prestada em diferentes contextos (internamento, ambulatório ou domicílio) por qualquer profissional de saúde e em todos os níveis de instituições e cuidados de saúde. Embora não se trate de ações especializadas, são fundamentais para dar resposta à maioria das situações não complexas que os doentes e/ou suas famílias apresentam. Têm especial importância nos serviços com elevada frequência e prevalência de doentes em idade avançada ou prognóstico de vida limitado, como são exemplo os cuidados de saúde primários, os serviços de oncologia, medicina interna, etc.

Os CP de nível I, II e III dizem respeito a respostas organizadas e planificadas. Os de nível I são prestados por equipas multidisciplinares, com formação diferenciada em CP, que podem prestar cuidados diretamente ou exercer funções de consultoria a outras equipas (DGS, 2004). Podem ser prestados a doentes internados, em ambulatório ou no domicílio, que necessitem de CP diferenciados. São constituídos habitualmente por uma equipa móvel, sem camas adstritas e com estrutura física própria para sediar a sua atividade. As suas equipas intra-hospitalares promovem uma melhoria do controlo sintomático, reduzindo os tempos de internamento e promovendo uma adequação das terapêuticas e exames complementares às necessidades do doente (Capelas & Neto, 2010).

Os de nível II são prestados em unidades de internamento, garantindo a prestação direta e/ou apoio efetivo durante 24 horas (DGS, 2004). Requerem a prestação de cuidados por equipas multidisciplinares alargadas, em que todos os elementos têm formação diferenciada em CP e em que os elementos com funções de coordenação técnica têm formação avançada em CP. A existência de cuidados permanentes implica a presença constante de pessoal de enfermagem e auxiliar, pelo menos uma visita médica diária, e contato permanente com o médico (Capelas e Neto, 2010). Usualmente são prestados em Unidade de CP, com internamento próprio, podendo incluir também cuidados em domicílio e em ambulatório.

Os de nível III correspondem a centros de elevada diferenciação, sendo referência na prestação de cuidados, formação e investigação. Agrupam as condições dos CP de nível II acrescidas do desenvolvimento de programas estruturados e regulares de formação diferenciada ou avançada e investigação em CP (DGS, 2004). Detêm uma

experiência e diferenciação reconhecidas que lhe permitem dar resposta a situações de elevada exigência e complexidade, assumindo-se como unidades de referência.

Independentemente do nível de diferenciação necessário, é fundamental que, numa perspetiva de adequação às diversas necessidades do doente e família, os cuidados disponham de atividades e recursos que lhe respondam, tais como cuidados domiciliários, cuidados institucionais em recursos específicos e em serviços convencionais, consulta externa, hospital de dia, suporte de outras equipas e telefónico (Capelas & Neto, 2010).

2.1.1. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do HL: caracterização e reflexão crítica

A prática clínica foi realizada na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do HL, a escolha desta unidade/equipa deve-se ao fato de se tratar de uma unidade diferenciada de CP de nível III e ser um local de referência de cuidados de qualidade. Segundo a página eletrónica do HL (2014) esta unidade foi distinguida pela European Society of Medical Oncology (2011-2013), como ESMO Designated Center of Excellence in Palliative Care. Para além das razões mencionadas, a escolha desta unidade deve-se também à permanência a tempo inteiro do fisioterapeuta na equipa multidisciplinar, possibilitando uma melhor aprendizagem e conhecimento do papel do fisioterapeuta numa unidade de CP.

O HL foi inaugurado em 2006 e desde a sua abertura, tornou-se uma referência no setor contribuindo para a valorização da iniciativa privada em Portugal. Segundo a sua página eletrónica (2014) assume o compromisso de diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz quem o procura, através da prática de excelência e inovação. Situa-se na cidade de Lisboa, com bons acessos rodoviários e de metropolitano. Este hospital reúne um hospital de agudos e um hospital residencial num complexo de arquitetura impar, que associa a segurança ao conforto e privacidade dos doentes. Disponibiliza diversas valências médicas e cirúrgicas, com ênfase em áreas diferenciadas organizadas em centros de excelência multidisciplinares, o que contribui para uma abordagem completa e integrada dos doentes. A UCCP localiza-se no piso 4 da torre B (HR) do edifício do hospital.

A UCCP possui um corredor principal que atravessa toda a ala. Sensivelmente a meio deste corredor, situa-se a zona de trabalho restrita aos profissionais. Do lado direito localiza-se a Unidade de Paliativos, enquanto que do lado esquerdo se localiza a Unidade de Cuidados Continuados. Embora o serviço esteja dividido em dois setores, por vezes nos cuidados continuados existem também doentes com a tipologia de cuidados paliativos. Os quartos de cuidados paliativos, num total de 16, são quartos individuais com casa de banho. Possuem dois sofás (um individual e um

maior), uma mesa e cadeira e um cadeirão reclinável se o doente necessitar deste. Os quartos de cuidados continuados, num total também de 16, possuem as mesmas características mas com duas camas e apenas dois sofás individuais ou cadeirões reclináveis. Existem duas salas de estar, uma na extremidade da unidade de cuidados paliativos e outra na entrada do serviço, sendo que ambas possuem sofás e muita luz natural. Junto à sala de estar na extremidade dos cuidados paliativos, existe também uma sala de atividades lúdicas. Esta sala contém uma mesa comprida ao centro e pode ser utilizada pelos doentes em atividades desenvolvidas pelos mesmos, desde que devidamente programadas. A sala de atividades lúdicas é também utilizada semanalmente pelos profissionais para realizar a reunião de equipa.

É também pertinente fazer uma breve referência ao Serviço de Medicina Física e Reabilitação, uma vez que, em algumas situações os doentes desciam a este serviço para fazer a Fisioterapia. O serviço de MFR localiza-se no piso 0, num espaço amplo equipado com diversos recursos. A sua área de tratamento inclui: ginásio de reabilitação neurológica, ginásio de reabilitação pediátrica, ginásio para aulas de reabilitação postural, eletroterapia, hidroterapia com piscina terapêutica, terapia ocupacional, terapia da fala e ginásio de reabilitação geral. Os doentes da UCCP eram tratados no ginásio de reabilitação neurológica, porém quando necessário iam também ao ginásio de reabilitação geral. Ambos os ginásios são equipados com marquesas e uma vasta gama de equipamentos de reabilitação.

O núcleo de gestão e coordenação da UCCP é constituído pela coordenadora clínica da unidade e pela coordenação de enfermagem da qual fazem parte duas enfermeiras. A equipa é muito vasta, sobretudo tendo em conta os profissionais que se dedicam a tempo parcial, intervindo de forma direta ou indireta. A equipa multidisciplinar é constituída por: equipa médica (4 médicos, dois dos quais a tempo parcial); equipa de enfermagem; psicóloga; fisioterapeuta e equipa de assistentes operacionais. Pontualmente, sempre que necessário, existem outros profissionais que intervêm, como é o caso da terapeuta ocupacional, da terapeuta da fala, da dietista, da farmácia, da imagiologia e outras especialidades médicas.

A UCCP funciona sobretudo em regime de internamento, contudo presta também apoio a doentes internados noutros serviços do HL e é responsável por consultas externas a doentes previamente internados na unidade. Os doentes são admitidos mediante os seguintes critérios: (1) doentes portadores de doença grave e /ou avançada (oncológica ou não) confirmada, com descontrolo sintomático e/ou sofrimento existencial intenso, não necessariamente em fase terminal, e incluindo os doentes que possam beneficiar de terapêuticas dirigidas à doença; (2) exaustão do cuidador, no domicílio, de doentes paliativos, devidamente avaliada; (3) aceitação pelo doente e família deste tipo de cuidados, após informação apropriada da natureza do serviço.

O serviço de MFR dá assistência a doentes encaminhados do ambulatório e do internamento da UCCP, encontrando-se integrado na equipa da UCCP desde 2007. Na UCCP, o médico responsável pelo doente solicita o pedido de avaliação ao serviço de MFR, e após a avaliação do médico fisiatra é discutida a necessidade da intervenção da Fisioterapia. A avaliação do médico fisiatra é realizada no próprio dia em que é feito o pedido ou no dia útil seguinte, sendo posteriormente informado o fisioterapeuta do pedido de intervenção.

O HL dispõe de um sistema de registo clínico informático, que garante um acesso fácil e rápido à informação por todos os profissionais de saúde. Este sistema centraliza toda a informação clínica de cada doente, desde as prescrições médicas, os resultados dos exames complementares de diagnóstico, a administração terapêutica a todo o registo clínico associado ao ciclo de prestação de cuidados. Apesar da informação sobre os doentes ser transmitida verbalmente pelo enfermeiro ou médico, esta ferramenta permite consultar todos os registos, tornando-se útil na consulta de registos de profissionais que não se encontram a tempo inteiro na unidade. Para além do registo informático, são utilizadas escalas de avaliação para o doente e folhas de registo de ocorrência para os profissionais, das quais algumas se encontram em anexo (Anexo A).

Existe também um protocolo de controlo de infeção no serviço. Por vezes os doentes são colocados em isolamento, sendo necessário ter alguns cuidados de proteção. É relevante referir este fato, na medida em que pode condicionar a intervenção da Fisioterapia, uma vez que o doente não pode sair do quarto, ou no caso de isolamento de contato, pode sair mas não pode tocar em nenhum objeto do corredor.

2.2. Competências adquiridas

Na Adenda do Mestrado em Cuidados Paliativos ao Regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Castelo Branco, encontram-se enumerados os objetivos gerais e as competências que devem ser adquiridas na prática clínica. As intervenções realizadas durante a prática clínica tiveram sempre por base estes objetivos gerais e competências. Contudo, tendo em conta a minha área profissional e as intervenções a desenvolver na equipa, foram definidos também objetivos específicos. A reflexão sobre os objetivos e competências está presente ao longo do relatório na descrição e análise dos diferentes temas.

2.2.1. Objetivos e competências

Objetivos gerais:

- a) Compreender e aplicar os valores e princípios dos CP na sua prática assistencial;
- b) Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos CP, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar;
- c) Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática dos CP;
- d) Desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes equipas de CP, em regime de internamento;
- e) Adquirir competências instrumentais e interpessoais na área da Fisioterapia, nos pilares dos CP (comunicação, controlo de sintomas, apoio à família e trabalho em equipa), de modo a prestar cuidados de qualidade, a aliviar o sofrimento e a preservar a dignidade do doente e família;
- f) Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistências observadas no período de estágio clínico;
- g) Elaboração de um projeto de intervenção no local de trabalho, devidamente justificado e fundamentado.

Objetivos específicos:

- a) Compreender o processo de cuidados ao doente e família em CP, no contexto hospitalar;
- b) Determinar as necessidades do doente e família;
- c) Compreender a importância de uma comunicação eficaz com o doente, família e equipa de CP;
- d) Promover a independência funcional do doente, reduzindo as limitações da doença;
- e) Perceber a complexidade das intervenções da equipa multidisciplinar no controlo sintomático da dor e outros sintomas, no contexto de CP;
- f) Avaliar o nível de atividade física do doente e desenvolver programas de exercícios adequados à sua condição física;
- g) Apoiar o doente e família no desenvolvimento de habilidades e estratégias de *coping*, com o objetivo de otimizar a sua adaptação ao estado e evolução da doença;

h) Avaliar e caracterizar a dor e outros sintomas, assim como o seu impacto no doente e família;

i) Desenvolver estratégias de controlo de sintomas, utilizando as diferentes técnicas fisioterapêuticas;

j) Antecipar possíveis complicações, implementando medidas preventivas e aconselhando os doentes e família;

k) Incentivar a reinserção dos doentes nas suas atividades de vida diária (AVD);

l) Participar nas decisões da equipa multidisciplinar, tendo em vista a maximização da qualidade dos cuidados prestados ao doente e família.

Competências:

a) Integra os princípios e a filosofia dos CP na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde;

b) Analisa valores e crenças pessoais em diferentes contextos de CP;

c) Avalia e controla necessidades psicossociais e espirituais dos doentes e família;

d) Analisa em profundidade e atua como consultor em aspetos éticos, legais e culturais inerentes aos CP;

e) Comunica de forma terapêutica com o doente, familiares e equipa de saúde;

f) Avalia a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica;

g) Atua como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade;

h) Implementa programas de luto para doentes e familiares;

i) Implementa, avalia e monitoriza planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da equipa de CP;

j) Promove programas de formação em CP para diferentes profissionais de saúde;

k) Estrutura e implementa programas em CP;

l) Avalia a qualidade dos serviços e programas implementados.

2.2.2. Atividades

Sumariamente são enumeradas as diferentes atividades desenvolvidas ao longo da prática clínica:

a)Conhecimento da UCCP e do Serviço de MFR do HL, foram-me apresentados os serviços pela Terapeuta L;

b)Apresentação da equipa prestadora de cuidados (equipa da UCCP e alguns elementos da equipa de MFR);

c)Conhecimento da dinâmica da unidade e da organização do trabalho da equipa;

d)Conhecimento dos meios auxiliares de registo de Fisioterapia e da equipa multidisciplinar, utilizando o sistema informático;

e)Consulta do processo do doente, a partir do sistema informático:

f)Contato com a equipa multidisciplinar, pude contactar com os diferentes elementos da equipa;

g)Avaliação do impacto dos sintomas na vida do doente, determinando a sua limitação nas atividades da vida diária;

h)Planeamento da intervenção, estabelecendo estratégias terapêuticas autónomas e interdisciplinares;

i)Execução da intervenção planeada;

j)Registo da intervenção no sistema informático;

k)Análise de literatura referente às intervenções utilizadas;

l)Participação nas reuniões de equipa.

2.2.3. Reflexão crítica sobre a prática

Os CP não visam a cura mas sim a promoção do conforto e bem-estar do doente, contudo estes cuidados estendem-se muito para além do alívio de sintomas físicos. Tal como refere Twycross (2003, p.16), os CP *“...estendem-se muito para além do alívio de sintomas físicos; eles procuram integrar os aspetos físicos, psicológicos e espirituais do tratamento...”*. O autor define quatro áreas fundamentais nos CP: controlo de sintomas, trabalho em equipa, apoio à família e comunicação adequada. Segundo Neto (2010) todas as áreas devem ter o mesmo nível de importância, uma vez que não é possível praticar CP de qualidade se alguma delas for menosprezada.

Controlo de sintomas

Neto (2010) refere que em CP o objetivo central do tratamento é a promoção do bem-estar e da qualidade de vida do doente. No que diz respeito ao controlo de sintomas, é importante considerar a definição de sintoma como tudo aquilo que o doente considera um problema (Othero & Costa, 2014). Cecily Saunders (citada por Diniz, s/d) introduziu o conceito de Dor Total, que considera a dor composta por diferentes elementos: físicos, emocionais, sociais e espirituais. Deste modo, o conceito de sintoma pode ser estendido também para “sintoma total”. Deve-se ter em conta que um sintoma, qualquer que ele seja, corresponde sempre a um conceito multidimensional (Neto, 2010). Isto é, é fundamental evidenciar o carácter individual e subjetivo dos sintomas, bem como a interação entre os diversos fatores – biológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais, sociais e culturais – na determinação, interpretação e expressão de qualquer sintoma apresentado pelo doente.

O controlo de sintomas é de grande importância, MacDonald (2002) afirma que o controlo inadequado dos sintomas ao longo da trajetória da doença, para além de provocar sofrimento, pode ter também um efeito adverso na progressão da doença. Ao controlar adequadamente os sintomas, pode-se estar a favorecer, para além da qualidade de vida, a sua quantidade também. Segundo Twycross (2003), o controlo de sintomas é constituído por cinco princípios básicos: avaliação, explicação, controlo, observação e atenção aos pormenores. Estes princípios podem ser resumidos da seguinte forma: (1) avaliação – avaliar cada sintoma antes de tratar; (2) explicação – explicar as suas causas ao doente; (3) controlo – definir um tratamento individualizado, de forma a atingir os objetivos e prevenir novas situações; (4) observação – avaliar continuamente o doente e (5) atenção aos pormenores – ter em conta todos os detalhes de forma a otimizar o grau de controlo dos sintomas (SECPAL, s/d). A prevenção e controlo de sintomas constituem uma área importante nos CP; ainda que existam especificidades de cada área profissional, todos os profissionais que trabalham em CP, devem ser capazes de identificar sintomas e conhecer técnicas de atuação e/ou encaminhamento dos mesmos (Othero & Costa, 2014).

O primeiro passo do controlo de sintomas é a avaliação, para controlar os sintomas é necessário saber se eles estão presentes. Para além de questionar o doente e observar o seu comportamento, os profissionais usam escalas concebidas para avaliar os diferentes sintomas. Na UCCP a avaliação realizada aos doentes incluía as seguintes escalas: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), Escala de Karnofsky Australia Modificada, Escala de Zarit reduzida, Índice de Barthel, Escala de Quedas de Morse, Escala de Braden (Anexo B). As escalas mencionadas fornecem informação sobre a autoavaliação do doente face aos seus sintomas de dor, cansaço, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia, avaliam o seu nível de autonomia funcional, avaliam a sobrecarga do cuidador principal, avaliam o grau de dependência do doente, avaliam o nível de risco de queda e o risco

de úlceras de pressão que este apresenta. Os resultados das escalas utilizadas na avaliação são introduzidos pelos profissionais no processo clínico do doente através do programa informático. No processo clínico constam também as notas de turno da equipa de enfermagem, que mencionam toda a informação relativa àquele turno sobre a avaliação da pessoa, sobre a respiração, sobre a nutrição e a eliminação, sobre a atividade motora, sobre as visitas e outras observações relevantes.

Durante a prática clínica, na avaliação que executava, apenas utilizei as escalas mencionadas, os registos presentes no processo clínica e a observação. Não foram utilizadas instrumentos de avaliação específicos da Fisioterapia, porém considero que teria sido importante a sua utilização.

A Fisioterapia é parte integrante do controlo de sintomas, uma vez que os seus serviços são realizados em condições de comprometimento da função e movimento. Durante a prática clínica pude constatar que a intervenção da Fisioterapia era solicitada para diversos doentes, porém na sua maioria doentes em fase reabilitativa. Também no que respeita ao controlo de sintomas, constatei que na maioria das situações, a Fisioterapia era solicitada quando já tinha sido feito o controlo dos principais sintomas com medidas farmacológicas. Cobbe & Kennedy (2012) afirmam existir uma tendência para solicitar a Fisioterapia após o controlo de sintomas, e quando não existem impedimentos de ordem médica ou psicológica.

Embora a intervenção fosse iniciada na fase reabilitativa, em alguns casos quando o agravamento do estado de saúde era mais rápido, os doentes eram acompanhados desde a fase reabilitativa até á fase terminal onde eram prestados essencialmente cuidados de conforto. Quando o agravamento é muito rápido, e a Fisioterapia já não traz benefício ao doente, pode ser suspensa tal como aconteceu no caso do Sr. AJ (Apêndice A). Este doente tinha como diagnóstico adenocarcinoma do pâncreas irressecável por invasão da artéria mesentérica. Quando foi internado na UCCP do HL era um doente que deambulava independentemente referindo apenas períodos de desequilíbrio. Encontrava-se em fase reabilitativa, porém o seu estado geral foi-se agravando progressivamente, o doente deixou de fazer levantar e a astenia foi-se agravando. A médica da equipa responsável por este doente decidiu que a Fisioterapia devia ser suspensa. Quando o doente se encontra numa fase final, a intervenção é essencialmente de cuidados ativos de conforto, devemos pensar sempre no melhor interesse do doente, face à sua situação clínica e à sua vontade. Neste caso a Fisioterapia era uma medida que não proporcionava conforto ao doente, uma vez que a sua vontade era permanecer no leito e encontrava-se grande parte do tempo a dormir. Um dos desafios deste caso foi a suspensão do tratamento. A Fisioterapia nem sempre é uma prioridade para o doente, respeitar a sua escolha e permitir interrupções requer compreensão e flexibilidade por parte do fisioterapeuta (Cobbe & Kennedy, 2012). A flexibilidade do fisioterapeuta face à vontade do doente foi um aspeto bastante presente na prática clínica. Na UCCP não existe um horário

rígido para realizar a Fisioterapia. Se o doente não manifestasse vontade para fazer o tratamento, este era adiado, mostrando sempre disponibilidade para o fazer mais tarde. Esta situação aconteceu inicialmente com o Sr. AJ, nas primeiras sessões, o Sr. recusava a Fisioterapia durante a manhã dizendo sempre *“Fica para mais tarde”*. Tentava sempre demonstrar que não se tratava de um horário rígido e que poderia passar mais tarde, acabando sempre por voltar de tarde e realizar a Fisioterapia num horário mais conveniente para o Sr. AJ.

Foi um grande desafio constatar a alteração dos objetivos da intervenção da Fisioterapia, consoante a fase de cuidados em que o doente se encontrava. A primeira impressão é de que os objetivos se estabelecem no sentido decrescente, porém constatei que tanto os objetivos como a intervenção apenas se adaptam às necessidades físicas e emocionais do doente. Müller Busch (2004) citado por Gonçalves, Neto & Marques (2008), refere que mediante a fase em que o doente se encontra a intenção do tratamento paliativo será diferente, no entanto o objetivo fulcral dos CP mantém-se inalterado. Estabelecer objetivos de reabilitação em CP é uma tarefa difícil, uma vez que estes doentes apresentam grandes flutuações funcionais. Os objetivos devem ser realistas e ter em consideração a fase em que a doença se encontra, o estado de saúde do doente, o seu prognóstico e o local previsto da alta (Santiago-Palma & Payne, 2001). Cobbe & Kennedy (2012), referem que a condição dos doentes paliativos pode mudar de dia para dia, a flutuação funcional é norma. Deste modo, os objetivos da Fisioterapia, mudam constantemente e a intervenção por vezes é ajustada diariamente. Esta alteração da intervenção foi evidente em dois casos, no caso do Sr. AS e do Sr. BS. O Sr. AS (Apêndice A) tinha um diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão com envolvimento mediastínico, cutâneo e ósseo incipiente. Foi um doente muito colaborante na intervenção, principalmente na marcha que o fazia sair do quarto. Teve um bom controlo sintomático, uma semana após a sua admissão a tosse tinha diminuído e a tolerância ao esforço melhorado, referia já menos cansaço. Porém próximo da data prevista para alta, o seu estado agravou e a alta foi prorrogada. Nesta fase, a intervenção passou a ter como objetivos a manutenção da qualidade de vida possível e a redução do impacto da doença. O Sr. AS foi acompanhado durante a transição de fase reabilitativa a pré-terminal. Foi um desafio alterar os objetivos ao longo da intervenção. Enquanto que nos primeiros dias era feito treino de resistência ao esforço e o doente deambulava pelo corredor, nos últimos dias durante a intervenção apenas fazia mobilização articular e exercícios de fortalecimento no cadeirão. O Sr. BS (Apêndice A) era seguido por doença de corpos de Lewy com pelo menos 3 a 4 anos de evolução e foi internado por um quadro de agravamento confusional e de inquietação. Também neste caso a intervenção foi alterada consoante o seu estado. Numa fase inicial era feita marcha com andarilho, posteriormente passou a fazer-se marcha com apoio bilateral e numa fase seguinte apenas eram realizados exercícios no leito. A experiência da prática clínica vem de encontro ao estudo referido anteriormente, realizado por Cobbe &

Kennedy (2012) que caracteriza o perfil do fisioterapeuta em cuidados paliativos no contexto hospitalar. Segundo os autores os grandes desafios do fisioterapeuta são a suspensão do tratamento e as flutuações funcionais dos doentes. Dado a complexidade dos doentes em CP, os seus objetivos e tratamento são constantemente ajustados.

Foi também possível verificar a intervenção do fisioterapeuta em fases mais precoces dos CP, quando o doente tem uma maior capacidade de colaboração. Tal como refere Laakso (2006), os CP não são limitados ao fim de vida, podendo a abordagem paliativa ser iniciada mais cedo. Este tipo de intervenção ocorreu nos casos dos Sr. SA e Sr. PA. O Sr. SA (Apêndice A) apresentava Doença de Parkinson com 13 anos de evolução, ainda com marcha autónoma e sem defeito cognitivo. Foi internado por um agravamento do estado geral, era um doente muito colaborante e motivado, que se encontrava-se em fase reabilitativa. A intervenção nesta fase precoce foi um aspeto positivo, uma vez que a intervenção era realizada no ginásio do Serviço de MFR e proporcionava a saída do doente da UCCP. Segundo o doente era um momento agradável, que lhe permitia *“esquecer-se que estava no hospital”*. A Fisioterapia era vista como um momento diferente. Frymark, Hallgren, & Reisberg (2009) mencionam que a visita do fisioterapeuta, permite ao doente fazer uma pausa no conhecimento de que a morte está próxima. O Sr. PA (Apêndice A) apresentava adenocarcinoma da próstata recidivante com metastização óssea, foi internado após ter sido operado a uma metástase em D3. Era um doente colaborante, motivado e interessado, que apesar da idade mantinha ainda uma grande atividade intelectual. Também descia ao ginásio do serviço de MFR, uma vez que um dos objetivos da intervenção era maximizar a sua autonomia, de modo a facilitar o seu regresso ao domicílio. O doente residia num duplex e as escadas eram uma barreira ao seu regresso. Como se tratava de um doente muito interessado e motivado, este beneficiava também da saída da unidade e de uma intervenção diferente da realizada no internamento. A ida ao ginásio destes doentes proporcionava um vasto leque de intervenções, uma vez que estes disponham de uma grande variedade de aparelhos e ajudas técnicas que podiam ser utilizadas.

Trabalho em equipa

O trabalho em equipa é parte integrante da filosofia dos CP, segundo Bernardo, Rosado & Salazar (2010, p.762), *“Quando uma actividade necessita de uma acção coordenada que não pode ser desempenhada por um só homem, um grupo de profissionais, que trabalha em equipa, torna-se indispensável”*. Os princípios da OMS, indicam que os CP são um exemplo de uma atividade complexa que necessita de uma abordagem multidisciplinar de trabalho de equipa, isto é, de um conjunto de profissionais de diferentes áreas que trabalham com uma metodologia e objetivos comuns. O trabalho em equipa deve ser constituído a partir de conceções orgânicas e

formativas que dirigiram a qualificação profissional de cada membro. Em cada equipa, cada membro deve desempenhar a sua tarefa profissional integrando-se numa função e num papel (Meier & Beresford, 2008).

A formação interna constitui um facto imprescindível numa equipa, para aquisição de competências dentro da equipa, contribuindo para isso, as reuniões de serviço, os estudos de caso, entre outros (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010). Trata-se de uma aprendizagem feita no dia a dia, onde cada um enriquece com a contribuição dos outros. A formação externa é também importante, sendo constituída por reuniões científicas, cursos de atualização, seminários, entre outros.

Bernardo, Rosado & Salazar (2010) enumeram alguns princípios básicos do trabalho em equipa:

a) Diferentes profissionais com conhecimentos, linguagens e experiências diferentes, detentores de um objetivo comum;

b) Ambiente informal e relaxado. Os profissionais escutam e contribuem dando opiniões e ideias sem medo de serem criticados. Deve existir o princípio da igualdade e da diferenciação, considerando que todos têm uma opinião sobre um problema, que deve ser ouvida e respeitada, porém com critérios diferentes;

c) Existência de uma liderança, com a figura de líder explícita, e que deve criar, com a sua intervenção, um ambiente adequado para o funcionamento da mesma;

d) Dinâmica de grupo – interna e externa;

e) Existência de uma linguagem comum, que permite reconhecer em conjunto todos os aspetos a trabalhar e que está ligada à formação e aquisição de conhecimentos comuns;

f) Crescimento da equipa de forma harmoniosa. Sempre que a equipa atravessa uma crise deve ter como pilares de apoio o líder e todos os elementos;

g) Reconhecimento das contribuições e êxitos individuais e grupais;

h) Iniciativa e capacidade de tomada de decisões;

i) Motivação - os membros da equipa estão satisfeitos por pertencer ao grupo, existindo um orgulho de pertença.

O profissionalismo, a flexibilidade e a adaptabilidade, o rigor técnico, o respeito, e o apoio interprofissional, com cooperação inter-equipa são os pilares fulcrais, para a qualidade do trabalho em equipa (Fradique, 2010).

O trabalho em equipa é fundamental. Os problemas e complicações do doente são por vezes de grande dificuldade e exigem um somatório de ideias e soluções. Deste modo o trabalho em equipa é a base de qualquer serviço. Existem diferentes níveis de tipologias e graus de diferenciação de unidades de CP, mas qualquer que seja o seu nível ou grau de diferenciação, a sua atividade assenta sempre no trabalho em equipa

(DGS, 2004). Segundo Twycross (2003) a equipa encontra-se coletivamente empenhada com o bem-estar global do doente e da sua família. Portanto, uma equipa tem por base o desempenho e responsabilidade coletiva, a tomada de decisão em conjunto e o recurso a competências e conhecimentos complementares (Pinho, 2006).

Na UCCP do HL o trabalho em equipa era muito evidente, para além da reunião de equipa que era realizada semanalmente, existia sempre transmissão de informação entre os profissionais. Embora tenha interagido e discutido alguns casos com diferentes profissionais da equipa, os enfermeiros foram os profissionais com que mais interagi. No início de cada intervenção o enfermeiro responsável pelo doente dava sempre um feedback de como o doente se encontrava, como tinha passado a noite e se tinha feito algum SOS que o deixava mais prostrado/sonolento. Este feedback da parte do enfermeiro era muito útil, uma vez que na grande maioria dos casos permitiu perceber qual a melhor hora para intervir. Nos casos da Sra. LP e do Sr. BS que apresentavam um diagnóstico de demência, o ajuste da medicação durante a noite tornava-os muito sonolentos pela manhã. Em conjunto com o enfermeiro, que sabia quando os doentes se encontravam mais despertos/colaborantes, era escolhida a melhor hora para intervir. Da minha parte era dado também ao enfermeiro o feedback da intervenção, o que lhe permitia perceber muitas vezes o nível da cansaço do doente, se tinha tosse, se esta era produtiva ou não produtiva e como eram as secreções. Este feedback muitas vezes era registado pelo enfermeiro nos seus registos de turno. Segundo Bernardo, Rosado & Salazar (2010) a eficácia da equipa requer uma dinâmica que permita a reorganização e integração de conhecimentos dos diferentes profissionais, segundo as necessidades de cada situação, tendo como objetivos a qualidade de vida e bem-estar do doente/família, bem como o funcionamento da própria equipa.

O fisioterapeuta é parte integrante da equipa multidisciplinar, e neste serviço tinha uma participação a tempo inteiro. A sua contribuição para as decisões da equipa, foi observada num dos casos em que intervi durante a prática clínica. O Sr. FB (Apêndice A) tinha sido internado por um quadro de perda de autonomia e agravamento do estado geral. Foi pedido pela equipa que o fisioterapeuta avaliasse a sua autonomia no sentido de encontrar a instituição mais adequada ao seu estado no pós-alta. De acordo com Santiago-Palma & Payne (2001), a Fisioterapia auxilia a equipa de CP na preparação da alta, através da avaliação funcional do doente e grau de dependência, podendo também sugerir alterações ao ambiente no domicílio. No caso deste doente foi evidente a importância da Fisioterapia no controlo de sintomas e maximização da autonomia, mas também na avaliação da sua capacidade funcional. A complexidade dos doentes nestes serviços requer uma abordagem transdisciplinar, onde todos os elementos da equipa usam uma conceção comum, delineando em

conjunto a teoria e a abordagem dos problemas que consideram de todos (Bernardo, Rosado, & Salazar, 2010).

No caso da Sr. MI (Apêndice A) revelou-se de extrema importância a atuação dos diferentes profissionais como equipa. A Sr. MI apresentava uma síndrome demencial e tinha sido internada por um quadro de prostração, recusa alimentar, adinamia e presença de sangue na cavidade oral. Foi necessária a intervenção dos seguintes profissionais:

- 1) Médicos da UCCP no controlo sintomático;
- 2) Médica de Neurologia na avaliação da doente e no ajuste da medicação;
- 3) Enfermeiros no controlo sintomático, administrando os fármacos e nos cuidados à boca;
- 4) Fisioterapeuta na avaliação da capacidade funcional;
- 5) Psicóloga no apoio à família, uma vez que o filho (gestor de caso) se recusava a aceitar o estado avançado da doença da mãe.

Neste caso foi notória a intervenção de todos os profissionais com o mesmos objetivos, mesmo os que se encontravam a tempo parcial na UCCP. Durante uma das sessões de Fisioterapia, a médica de Neurologia veio observar a doente. Para além da sua avaliação, observou também a sessão de Fisioterapia de forma a perceber a colaboração da doente. No final da sessão discutimos em conjunto a mobilidade e capacidade funcional da doente, permitindo à médica reajustar as medidas farmacológicas. A oportunidade de consulta e colaboração genuína constitui um grande benefício para o doente (Crawford & Price, 2003).

Às terças-feiras era realizada a reunião semanal da equipa, na qual participavam todos os profissionais, mesmo os que trabalhavam a tempo parcial na UCCP. Nas reuniões a que assisti, estavam presentes os seguintes profissionais: médicos e médica diretora do serviço, enfermeiros do turno a decorrer e enfermagem de coordenação, responsável da farmácia - farmacêutico, dietista, psicóloga e fisioterapeuta. Os objetivos da reunião eram: discutir situações “complicadas” e delinear estratégias e objetivos comuns; rever estudos e artigos científicos que demonstram nova evidência; abordar temas relacionados com a prática paliativa, dando a conhecer nova informação; discussão dos temas apresentados, proporcionando o seu debate e esclarecimento. Nestas reuniões de equipa reconhecia-se um clima de confiança no trabalho das diferentes classes de profissionais, na medida em que os diferentes profissionais assumiam as informações e sugestões efetuadas de uns para os outros. Constatei a existência de um ambiente informal, onde os profissionais escutavam e davam opiniões sem medo de serem criticados, tal como referem Berardo, Rosado & Salazar (2010) nos princípios do trabalho em equipa.

As reuniões eram constituídas essencialmente por dois momentos. O primeiro dizia respeito à discussão de situações “complicadas” que eram apresentadas principalmente pelos enfermeiros, o segundo dizia respeito ao *Journal Club*, onde eram apresentados artigos e estudos de caso. Numa das reuniões foi apresentada por uma enfermeira um estudo de caso, sobre o conforto do doente – Teoria de conforto de Kolcaba. Kolcaba (2003) citada por Apóstolo (2009) considera que o conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado que ocorre após a satisfação de uma necessidade, sendo necessário para que o indivíduo restabeleça o seu funcionamento habitual. A tranquilidade consiste num estado de calma ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente. A transcendência é um estado no qual cada indivíduo sente que possui competências ou potencial para planear/controlar o seu futuro e resolver os seus problemas. Estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: (1) contexto físico, diz respeito às sensações corporais; (2) contexto sociocultural, diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais; (3) contexto “psicoespiritual” que diz respeito à consciência de si, inclui a autoestima e o autoconceito, a sexualidade e o sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior; (4) contexto ambiental que engloba aspetos como a luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio (Apóstolo, 2009). Após a apresentação do estudo de caso, pude concluir que os profissionais de saúde, como prestadores de cuidados, devem ter em conta os quatro contextos de conforto. Não é só o contexto físico (no caso o alívio da dor) que proporciona conforto ao doente, mas também os restantes três contextos, para os quais os profissionais de saúde nem sempre estão preparados, uma vez que se encontram fora da sua “zona de conforto”.

O trabalho em equipa contribui para o bom funcionamento do serviço, e as suas vantagens sobrepõem-se às dificuldades. As vantagens do trabalho em equipa baseiam-se: no apoio mútuo, ultrapassando eventuais resistências individuais; no reconhecimento; na garantia da unidade, continuidade e diferenciação de cuidados; na partilha de experiências e na tomada de decisões difíceis; na possibilidade de realizar formação e aperfeiçoamento de competências (Bernardo, Rosado & Salazar (2010). Posto isto, verifiquei que, a equipa da UCCP do HL é verdadeiramente uma equipa multidisciplinar, com uma intervenção pluridisciplinar e com objetivos comuns a todas as classes de profissionais.

Apoio à família

A família desempenha um papel importante no desenvolvimento de cada indivíduo. Seja qual for a sua estrutura a família é o lugar onde cada um dos seus elementos procura encontrar o equilíbrio (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010). É na

família que o indivíduo procura apoio para ultrapassar as situações de crise que surgem ao longo da sua vida. De acordo com Twycross (2003) o apoio à família é parte integrante dos CP, os profissionais de saúde devem promover o acompanhamento do doente pela família, permitindo a sua permanência no serviço por períodos alargados de tempo, para além das horas habituais de visitas. Uma família satisfeita conduz a uma maior probabilidade de o doente estar também satisfeito. A família é a unidade fundamental de apoio ao doente, adquirindo uma maior relevância no ambiente domiciliário. Deste modo, a família requer também medidas específicas de apoio e educação (SECPAL, s/d). A doença de um dos seus membros é uma doença familiar, em que todos sentem os efeitos do sofrimento e da dor, conseqüentemente, o doente e a família constituem a unidade a tratar (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010). A família ao ser confrontada com uma doença grave ou morte de um dos seus membros experimenta uma mudança. Segundo Carvalho (2008) o impacto de uma doença grave não afeta apenas o doente, estende-se a todo o universo familiar, impondo mudanças e obrigando a uma reorganização da dinâmica familiar. Desta forma as famílias também tem de se confrontar com a sua dor, para além de prestar cuidados físicos e emocionais. Existe ainda uma acumulação de papéis e tarefas, que provoca a sua sobrecarga. Estes fatos conduzem a uma grande dificuldade para lidar com a doença e com o sofrimento por parte da família. Portanto, a família deve ser cuidada com o mesmo empenho que o doente é cuidado, uma vez que esta também é afetada pela doença (Othero & Costa, 2014).

Cada núcleo familiar tem a sua própria identidade, com diferentes crenças, valores, hábitos e ideais. Na avaliação do funcionamento da família, deve ser tida em conta a sua fase do ciclo familiar e o estadio de desenvolvimento individual de cada um dos membros (Fradique, 2010). Os componentes da avaliação familiar, orientada para a doença, incluem o sistema de crenças da família face à doença – o significado que lhe atribuem, o planeamento das ações durante o período de crise, nível de comunicação relativo à doença, a solução de problemas, a substituição de papéis, o envolvimento afetivo, o apoio social e a utilização/disponibilidade de recursos na comunidade (Guarda, Gonçalves & Neto, 2010).

Durante a prática clínica não existiu contato com os familiares em todos os casos. No caso do Sr. AJ, por vezes a filha estava presente durante a intervenção. Era uma pessoa colaborante, que incentivava o pai a fazer os tratamentos, uma vez que inicialmente este recusava a Fisioterapia. A família é parte integrante dos cuidados, pois esta conhece o doente, as suas preferências, interesses, preocupações e hábitos, pelo que se torna essencial o seu envolvimento e colaboração nos cuidados (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010). No caso do Sr. AS, a esposa também estava presente durante a intervenção. Embora se trata-se de uma pessoa presente e colaborante, parecia não integrar o estado do marido. Manifestava bastante preocupação com o fato de o Sr. AS comer pouco e já não andar; e ficava ansiosa perante o agravamento do estado de saúde do marido. Embora tenha explicado as alterações à intervenção e

o porquê de não andar como no início da intervenção, deveria ter dado mais suporte a esta familiar. Segundo Guarda, Galvão & Gonçalves (2010) cuidar da família do doente terminal consiste, sobretudo, em saber ouvir, mostrar disponibilidade e compreensão. Após ouvir as preocupações da esposa e explicar as mudanças, pareceu que não me tinha entendido, porém não voltei a tentar explicar e certificar-me de que percebia o porquê das mudanças na rotina do marido.

No caso da Sra. MI não existiu contato com a família. Porém tive conhecimento através da equipa de enfermagem e da psicóloga, que o filho (gestor de caso) tinha dificuldade em aceitar o agravamento do estado de saúde como consequência da síndrome demencial, e transferia o seu sentimento de raiva para a equipa. Embora não tenha intervindo nesta situação, despertou o meu interesse e achei pertinente abordá-la e explorar a melhor forma de lidar com estas situações. Este sentimento de raiva/negação por parte da família pode ser movido por diferentes tipos de emoções/sentimentos, tal como a dor, medo ou culpa (Ballard, 2006). Como consequência deste estado, os familiares podem transferir a sua raiva para a equipa, e tomar decisões menos acertadas. Segundo Guarda, Galvão & Gonçalves (2010), a revolta e agressividade demonstrada pelos familiares deve ser reconhecida pelos profissionais de saúde não como um ataque pessoal ou institucional, mas como uma forma de demonstrar dor e desespero perante a incapacidade de ajudar a pessoa que amam. Deve-se ter também em conta que nem todas as pessoas têm recursos, informação ou experiência para tomar boas decisões. Ballard (2006) refere que especificamente em situações de demência, a informação deve ser fornecida ao familiar na sua forma mais básica. De modo a perceber o conceito de demência e a sua evolução, a autora refere o conceito de “cérebro quebrado”, permitindo de uma forma simples explicar as repercussões da demência.

Relativamente ao apoio à família tinha algumas expectativas no que se refere às conferências familiares. Infelizmente durante a prática clínica, não tive a oportunidade de assistir a uma destas conferências, ainda assim acho pertinente destacar a importância desta temática nos CP. Na UCCP do HL, as conferências familiares eram realizadas maioritariamente pelo médico e enfermeiro. Após a CF o profissional que a realizava fazia o seu registo no processo clínico do doente que ficava disponível no programa informático. O registo da CF era do tipo checklist onde constavam os seguintes pontos: foi realizado um plano de CF antecipadamente; duração da CF; local; profissionais presentes; familiares presentes; o doente estava presente; motivo que levou a realizar a CF; assuntos abordados; houve expressão de emoções por parte dos familiares; houve consenso no plano traçado; fica marcada a próxima CF. A CF, pode ser utilizada para: clarificar os objetivos dos cuidados, reforçar a resolução de problemas, e prestar apoio e aconselhamento (Neto, 2003).

Outro dos aspetos do apoio à família é o apoio no luto, porém durante a prática clínica não tive contato com nenhuma situação de luto. Nenhum dos doentes que acompanhei faleceu, contudo pela observação da prática do serviço, pude perceber que a intervenção do fisioterapeuta nesta fase é muito pequena. O fisioterapeuta apenas tem uma participação mais ativa na fase de luto, quando ao longo da intervenção estabelece uma relação mais estreita com o doente e família. Müller, Scortegagna & Moussalle (2011), demonstram no seu estudo que é possível o fisioterapeuta e o doente estabelecerem uma relação de afetividade e compreensão, que auxilia o tratamento. Esta relação pode estender-se também à família do doente, existindo nestas situações uma participação mais ativa na fase de luto.

Comunicação

A comunicação é um ato do dia-a-dia, é impossível não comunicar. Pereira (2008) refere a comunicação como uma atividade humana básica. Trata-se de uma área transversal a todas as áreas dos CP. Poderá mesmo afirmar-se que a comunicação é a base das restantes áreas, uma vez que está presente em todas elas, representando um instrumento para a sua realização. Sem comunicação nenhuma das outras áreas é possível; as três componentes essenciais dos CP devem estar ligadas pelo “cimento” da comunicação apropriada (Twycross, 2003). A comunicação apresenta diversas vertentes – intrapessoais, interpessoais, institucionais e sócio e antropológicas – representando um ponto importante para o conhecimento das diferentes práticas dos profissionais de saúde, assim como para um desempenho de qualidade. Uma vez que se trata de uma área transversal a todas as outras, foi na comunicação que surgiu um maior número de desafios.

O cuidado do doente paliativo exige dos profissionais de saúde não só um alto perfil técnico, mas também um elevado perfil humanista, no sentido de prestar cuidados adequados e de qualidade. A comunicação enquanto processo dinâmico e multidimensional, é considerada, em CP, como um elemento fulcral e difícil, constituindo deste modo um desafio para os profissionais de saúde. Cabe aos profissionais de saúde, terem a capacidade de se adaptar a uma realidade em constante alteração, com avanços e retrocessos, uma vez que, só desta forma é que podem atender às necessidades reais de doentes e família (Neto, 2010). A autora enumera a comunicação empática como uma obrigação moral e ética, devendo o profissional de saúde na sua prática clínica ser capaz de ouvir os problemas e preocupações do doente. Santos & Ribeiro (2001) referem que os doentes perante uma situação crítica, como é exemplo o caso de uma doença terminal, tendem muitas vezes a ter uma capacidade de comunicação e decisão reduzidas. Deste modo compete aos profissionais de saúde desenvolver, a partir de um treino constante, as suas perícias de comunicação, identificando as necessidades do doente e procurando dar-lhe uma resposta eficaz e adequada.

O contato com o doente não deve centrar-se somente nos aspetos técnicos, mas deve também ter em conta as questões de ordem psicossocial, desenvolvendo competências na área da comunicação (Moura, 2011). De acordo com Querido, Salazar & Neto (2010) as competências básicas da comunicação são a escuta ativa, a compreensão empática e o feedback. A escuta ativa é uma competência fundamental na comunicação em CP, *“Grande parte da comunicação entre nós e as pessoas é feita sem palavras e creio que isto se observa particularmente naqueles que estão muito doentes.”* (Saunders, 2013, p.26). Escutar o doente é tão importante quanto falar. Não só ajuda a obter informações, mas ouvir as pessoas faz com que estas se sintam valorizadas quando os profissionais ouvem as suas histórias (Lavy, Bond & Wolldridge, 2009). Ser capaz de expressar as suas dúvidas e preocupações pode trazer um grande alívio e tirar alguns doentes do isolamento e medo que eles possam sentir. A escuta ativa tem como objetivo a obtenção de informação, porém este processo exige uma aptidão especial que é necessário aprender, desenvolver e controlar. Ao escutar o doente de forma adequada, sem pressa, sem criticar os seus atos, sem nos aborrecermos, com uma postura adequada, facilitamos a comunicação dos seus sentimentos, medos e ansiedades (Moura, 2011). Esta postura de disponibilidade para o doente foi importante no caso do Sr. AJ. Numa primeira abordagem ao doente, este recusou o tratamento de Fisioterapia. Durante o internamento, o doente é abordado por diversos profissionais, o que por vezes pode significar uma invasão do seu espaço. O Sr. AJ era muito reservado, permanecia no cadeirão e embora independente na marcha, não se ausentava do quarto. Para ele a Fisioterapia poderia ser considerada como uma invasão ao seu espaço, uma vez que este já tinha que lidar com vários profissionais e o fisioterapeuta seria mais um. Aceitava a sua recusa, contudo procurava mostrar disponibilidade para o ouvir e perceber o porquê da recusa. Após alguns dias, o Sr. AJ concordou em fazer a Fisioterapia.

No que diz respeito à compreensão empática, esta permite identificar as emoções e sentimentos que o doente está a vivenciar, assim como a sua causa. *“Temos de aprender a sentir «com» os doentes, em vez de nos sentirmos «como» eles, se queremos dar-lhes suporte firme e ouvi-los com atenção, que é aquilo que eles precisam para encontrar o caminho.”* (Saunders, 2013, p.21). A compreensão empática consiste na capacidade de estar em contato próximo com o outro, tendo capacidade de “se colocar no seu lugar” mas tendo simultaneamente consciência de que se trata do problema “do outro” (Querido, Salazar & Neto, 2010). Não é possível eliminar os sentimentos do doente, mas é possível sentir empatia, ou seja, tentar compreender como se sentem, colocando-se no seu lugar. Uma das estratégias de compreensão empática é a validação das emoções/sentimentos do doente. Durante uma das intervenções com o Sr. AS, este olhou pela janela e comentou que *“Num dia podemos fazer tudo, no outro dia já não podemos fazer nada.”* Percebi a sua angustia pelo

agravamento da doença, porém não demonstrei uma compreensão empática, uma vez que não validei o seu sentimento. Deveria ter dito que *“Não estou no seu lugar, mas imagino o que deve estar a sentir.”*, e permitir desta forma que o Sr. AS falasse sobre a sua angústia e sobre o que o preocupava.

Outra das competências básicas da comunicação é o feedback, que permite controlar a eficácia da comunicação realizada (Querido, Salazar & Neto, 2010). Porém alguns doentes têm doenças que os impedem de dar o feedback da sua compreensão. No caso do Sr. JC (Apêndice A), a afasia evitou uma comunicação eficaz. As repercussões do AVC afetam muitas das atividades diárias, entre elas a comunicação. A afasia ocorre quando a linguagem está comprometida nos seus diferentes níveis – compreensão, expressão, leitura e escrita. Neste caso, a afasia era global existindo somente reação à dor. Quando a comunicação verbal é comprometida pela doença, a comunicação não-verbal é o único meio de comunicação do doente (Flórez Lozano, s/d). Nestes casos é essencial avaliar e interpretar a comunicação não-verbal, manifestada por expressões faciais, gestuais, posturais, contato físico, tom de voz e direção e intensidade do olhar. Da mesma forma, a comunicação por parte do profissional de saúde assenta também na comunicação não-verbal. O sucesso da comunicação não-verbal em doentes com afasia depende de diversos fatores. Embora se trate de uma situação stressante e problemática, o profissional de saúde deve insistir para que a compreensão seja alcançada, dando preferência aos sentimentos do doente, em detrimento das tarefas e cuidados (Sundin, Jansson & Norberg, 2000). Segundo os autores o profissional de saúde deve transmitir o seu interesse, carinho, cuidado, preocupação e gratidão com o doente. A comunicação não-verbal deve realçar a empatia, a atenção incondicional e a abertura para os sentimentos do doente. Neste caso, a grande dificuldade foi sobre este último ponto, uma vez que associado à afasia existia também uma síndrome demencial que não permitia perceber os sentimentos e preocupações do doente. Contudo durante o tratamento fui valorizando a sua reação à dor durante a mobilização e posicionamentos, guiando desta forma a minha intervenção.

A comunicação ganha destaque quando se admite que esta é a chave para aceder a todas as dimensões do doente, assim como a ferramenta para adequar os nossos objetivos com os do doente (Barbero, 2006). Porém existem impedimentos à comunicação, tais como a falta de compreensão por parte do doente. Nos casos de diagnóstico de demência, a falta de compreensão por parte do doente foi um grande desafio. Esta dificuldade foi mais evidente nos casos do Sr. BS, da Sra. MI e do Sr. AC (Apêndice A). Nestas situações a comunicação não-verbal assume também um papel importante, uma vez que o défice de compreensão é uma das características da demência (Weirather, 2010). Segundo o autor os problemas de comunicação na demência, são consequência de: compreensão pobre, diminuição do vocabulário,

anomalia, uso de pronomes incorretamente e diminuição da capacidade para manter a coerência. Os profissionais de saúde devem ter em conta a forma como comunicam com este tipo de doentes, uma vez que o quadro de fraca compreensão do doente com demência pode ser agravado quando o profissional que interage com este fale de coisas fora do contexto do doente, use expressões longas e complexas ou fale muito rápido (Weirather, 2010).

O autor define estratégias de comunicação que otimizam a comunicação/compreensão e devem ser utilizadas nos doentes com demência. Os profissionais de saúde devem: identificar-se no início da conversa, chamar o doente pelo nome, evitar demasiado barulho, contextualizar o que dizem, usar frases simples e curtas, evitar o desprezo ou sarcasmo, não falar do doente como se não estivesse presente, não contrariar o raciocínio do doente, dar tempo à resposta e ter cuidado de não interromper. Como foi mencionado a comunicação não-verbal é importante, não só para perceber as emoções do doente, mas também para que este perceba o profissional de saúde. Enquanto a compreensão da linguagem se deteriora com a demência, a compreensão da linguagem não-verbal continua presente – *“a entrega das palavras tem mais efeito sobre o doente do que as próprias palavras”* (Weirather, 2010, p.73). Durante a intervenção nos casos mencionados verifiquei a importância da contextualização das atividades, sendo que esta evitava que os doentes ficassem agitados e melhorava a sua colaboração. Era importante explicar inicialmente em que consistia a intervenção, em alguns casos chegava mesmo a exemplificar os exercícios, conseguindo desta forma uma maior colaboração por parte dos doentes.

Outro dos desafios encontrados na comunicação foi alguns comportamentos e atitudes, mais inesperadas, dos doentes. Esta situação foi observada no caso da Sra. CA (Apêndice A), esta doente tinha metástases cerebrais, o que causava um estado de euforia e sem noção dos riscos que corria. Twycross (2003) refere a existência de estados paranoides em doentes paliativos, podendo as metástases cerebrais ser uma das causas. Neste caso por mais que se explicasse à doente os riscos de fratura do fémur (devido às metástases ósseas) esta não integrava a informação, sendo que por vezes a sua euforia era difícil de conter. Era também uma doente com uma elevada “atividade social” no quarto, em que muitas vezes a intervenção coincidia com as visitas de amigas. Nos doentes em CP, é um erro pensar que tudo lhes é permitido, tal como todos os doentes, estes também precisam de regras que tem como objetivo zelar pelo seu estado de saúde. A essência dos CP reside na aliança entre a equipa e o doente/família. A associação entre a equipa e o doente deve dar ênfase à igualdade e exige respeito mútuo, porém o profissional de saúde não deve ser condescendente com o doente (Twycross, 2003). O profissional de saúde deve respeitar a opinião do doente – que é especialista na sua doença, mas por outro lado deve também zelar pelo seu estado de saúde e não permitir atividades/atitudes que o ponham em risco, uma vez que o profissional de saúde é o especialista no diagnóstico e opções de tratamento. Inicialmente foi difícil estabelecer regras com esta doente, porém após

ter-lhe explicado a importância da Fisioterapia e da sua concentração nos tratamentos, esta passou a colaborar. É importante que o doente perceba que estamos ali para ele e que as atitudes e intervenções que tomamos são em prol do seu bem-estar.

Uma boa comunicação reduz a incerteza e impede que o doente crie objetivos irrealistas (Twycross, 2003). Segundo o autor, nos doentes com doença incurável é necessário estabelecer metas e definir objetivos em conjunto com o doente, uma vez que a definição de objetivos é parte integrante dos cuidados. Quando o Sr. AJ aceitou fazer a Fisioterapia, a sua vontade era realizar exercícios de maior dificuldade que aquela que tinha estabelecido. É imprescindível que o fisioterapeuta tenha aptidões de comunicação, na grande maioria das situações a intervenção do fisioterapeuta é associada à reabilitação e melhoria (Cobbe & Kennedy, 2012). A comunicação e a coordenação dos cuidados ajudam o doente a compreender o papel da reabilitação e melhorar os resultados do tratamento (Dahlin, 2009). Porém, nem sempre a intervenção da Fisioterapia visa a melhoria, por vezes a intervenção centra-se apenas em medidas de conforto. Deste modo, é fundamental estabelecer objetivos em conjunto com o doente, de forma a restaurar e manter a sua esperança. Através de uma comunicação correta, o fisioterapeuta deve estabelecer a direção da intervenção, transformando os objetivos do doente, por vezes irrealistas, em objetivos realistas (Santiago-Palma & Payne, 2001). Os objetivos mudam ao longo de cada fase da doença, portanto é missão do profissional de saúde ajudar o doente em cada fase da doença a criar objetivos e esperanças realistas e alcançáveis. Desta forma é possível prevenir quer a falta ou excesso de tratamento, quer o sofrimento psicológico do doente (Ngo-Metzger, Q., August, K., Srinivasan, M. et al., 2008).

Foram também identificadas algumas situações problemáticas de comunicação em CP, nomeadamente a negação e a conspiração do silêncio. Durante a abordagem no caso do Sr. AJ, constatei que inicialmente este se encontrava em negação, uma vez que não falava da sua doença. A negação pode ser encarada como um mecanismo de defesa (Twycross, 2003). Através da negação, o doente minimiza a realidade ameaçadora, tentando desta forma evitar o sofrimento. No caso do Sr. AJ este foi um estado transitório, uma vez que posteriormente o doente começou a falar sobre a doença; após um dos tratamentos quando questionado sobre o cansaço, afirmou: *“A máquina está boa não me cansa, o resto é que não. Está a piorar e isso é que me cansa”*. Apesar de já não se encontrar em negação, o Sr. AJ continuava a não abordar o assunto cancro, não conseguindo chamar a doença pelo nome. Tentei sempre demonstrar disponibilidade para o ouvir, porém o Sr. AJ era muito reservado e mesmo quando questionado limitava-se a responder apenas o essencial. O profissional de saúde deve ser sensível ao sentimento de isolamento do doente, valorizando-o, aceitando-o e respeitando-o como pessoa com limitação (Belchamber

& Gousy, 2004). Esta atitude promove a confiança, permitindo investigar e aprofundar a história do doente.

A conspiração de silêncio foi observada no caso do Sr. PA. Após exames complementares de diagnóstico, verificou-se que o Sr. PA apresentava metástases pulmonares. No entanto, a pedido da médica oncologista (que seguia o doente à diversos anos e em quem este depositava muita confiança) e em acordo com o médico assistente não comunicaram este fato ao doente, apenas a filha foi informada. Por vezes a família e os profissionais para “proteger” o doente, limitam a informação transmitida dando origem à conspiração do silêncio. Barbero (2006) define conspiração do silêncio como um acordo implícito ou explícito entre familiares, amigos e profissionais de saúde, em que a informação dada ao doente é alterada, a fim de ocultar o diagnóstico e/ou prognóstico e/ou gravidade da situação. Neste caso, foi dito ao doente que existiam nódulos no pulmão que precisavam de ser vigiados, não lhe foi dito que se tratavam de metástases pulmonares. A conspiração do silêncio, pode levar o doente a sentir-se solitário, incompreendido, enganado e pode conduzir a uma sintomatologia ansiosa ou depressiva com uma componente de medo e raiva (Ruiz-Benítez de Lugo & Coca, 2008). As autoras referem que este fato diminui o limiar de percepção da dor e outros sintomas e impede a expressão de sentimentos. Em CP, a conspiração do silêncio é uma situação complexa, principalmente no ponto em que é feita a transição de cuidados curativos para paliativos (Chaturvedi, Loïselle & Chamdra, 2009). Segundo os autores é feito um enredo de recuperação à volta do doente. Apenas é transmitida informação sobre o tratamento e questões de recuperação, evitando-se as questões de prognóstico, sintomas dolorosos e possibilidade de recaídas. Existe uma tentativa de fazer o doente ficar melhor, em vez de fazê-lo sentir-se melhor. Chaturvedi, Loïselle & Chamdra (2009) referem também o contributo do doente para manter este enredo de recuperação. Este centra a sua comunicação com os profissionais exclusivamente nas questões de recuperação. Esta situação aconteceu no caso do Sr. PA, uma vez que este todos os dias questionava como tinha sido a sua evolução e constava os ganhos adquiridos. Contudo não é possível manter esta postura durante toda a trajetória da doença. Quando ocorrer uma recidiva ou o estado de saúde do doente se agravar, as dúvidas começam a surgir e têm que ser discutidas. Twycross (2003) menciona a conspiração do silêncio como uma fonte de tensão, uma vez que esta bloqueia a discussão aberta sobre o futuro e os preparativos para a separação. A ignorância do doente perante os resultados dos exames dificultava também a intervenção. Tratava-se de um doente muito interessado pelo tratamento, gostava de analisar e perceber tudo o que executava. Durante as últimas sessões de Fisioterapia, o Sr. PA começou a demonstrar mais cansaço face aos exercícios que executava, desta forma começou a questionar a razão desse cansaço. Tive dificuldade em responder-lhe, uma vez que aquele cansaço poderia ter diversas proveniências, no entanto poderia também dever-se ao comprometimento pulmonar. A conspiração do silêncio não permite uma comunicação eficaz, e torna-a complicada principalmente em doentes com personalidades idênticas à do Sr. PA que questionava e gostava de estar informado

sobre tudo o que se passava. Neste caso não me senti responsável, nem capaz de desmontar esta conspiração do silêncio. Durante um dos tratamentos, o doente disse uma frase que me tornou incapaz de o fazer, ou dar algum tiro de aviso sobre o comprometimento pulmonar - *“Só chorei duas vezes na vida. Quando a minha mulher morreu e quando me disseram que não tinha nada nos pulmões”*. A conspiração do silêncio, deveria ser evitada e neste caso existia um forte argumento, uma vez que a transmissão de informação ao doente era importante para o seu processo de adaptação à doença, tal como defende Barbero (2006).

Parte II

3. Projeto de Intervenção

Na parte II do relatório é descrito o projeto de intervenção/formação desenvolvido no serviço onde desempenha funções. De acordo com a Adenda do Mestrado em Cuidados Paliativos ao Regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Castelo Branco, devem constar desta descrição a identificação da área problema, os objetivos, o plano pedagógico da formação e da intervenção, fundamentando as diferentes etapas desde o planeamento, à realização e avaliação, incluindo o aprofundamento do tema selecionado.

Grande parte da literatura referente aos CP foca particularmente a fase de fim de vida, contudo os CP podem ser instituídos em qualquer fase da doença, em conjunto com outras terapias que são implementadas para prolongar a vida (Gwyther & Krakauer, 2009). Os CP podem ser integrados em diferentes tipos de serviços, uma vez que se estendem também à fase inicial da doença. Os profissionais de saúde deveriam ter conhecimento sobre os CP, de forma a poderem oferecer uma gestão adequada de sintomas e apoio emocional a doentes diagnosticados com doença crónica progressiva (Gwyther & Krakauer, 2009). A falta de conhecimentos básicos de CP entre os profissionais de saúde de diferentes níveis, a falta de confiança nas suas habilidades de comunicação e falta de conhecimento de técnicas de controlo de sintomas, são por vezes responsáveis pela inexistência de uma prática paliativa.

A grande maioria dos doentes que recorre a serviços de saúde sofre de doenças crónicas. Grande parte dessas doenças são incapacitantes, limitando a sua qualidade de vida, consequentemente, estes doentes recorrem a diversas abordagens para melhorar a sua sintomatologia. Uma dessas abordagens é o termalismo. Em 2011 cerca de 57 mil utentes procuraram o termalismo na sua vertente curativa (Turismo de Portugal, IP, 2012). Em algumas situações o termalismo pode ser associado à Fisioterapia, pois ambas as disciplinas utilizam aplicações terapêuticas físicas como recurso de tratamento.

O serviço de MFR da Estância Termal X, acolhe vários utentes com doença crónica avançada, deste modo acreditamos que uma formação que aborde os princípios e filosofia dos CP altere o desempenho e forma de cuidar dos profissionais, resultando na melhoria da qualidade dos cuidados. Foi partindo deste pressuposto que

desenvolvemos um projeto de formação na área dos CP, junto da equipa do serviço de MFR.

A formação planeada consistia numa sessão de aproximadamente duas horas e meia, em que seriam expostos assuntos relacionados com a filosofia e valores dos CP, as suas áreas fundamentais e de forma mais aprofundada o controlo da dor. Com esta sessão pretendíamos desmistificar e promover o papel dos CP na sociedade, assim como disseminar a boa prática em prol dos doentes. Com este projeto pretendíamos também demonstrar a importância de uma prática paliativa em serviços que não os específicos de CP. Portanto foram utilizados instrumentos de avaliação em diferentes momentos, de modo a verificar as alterações nos cuidados de saúde prestados após o conhecimento da filosofia e valores dos CP.

3.1. Cuidados Paliativos em doenças crónicas

O progresso da medicina modificou os cuidados de saúde, conduzindo a um aumento da longevidade, sendo a esperança média de vida – 76,47 para os homens e 82,43 para as mulheres (INE, 2012). Porém, o aumento da longevidade não significa uma melhor qualidade de vida, ocorreu também um aumento das doenças crónicas, aumentando desta forma o número de pessoas que não se curam. O aumento da proporção de idosos, conduz a uma maior necessidade de assistência permanente a pessoas com doenças progressivas e incuráveis. A evolução da medicina deu origem a uma cultura de busca pela cura, encarando a morte como um fracasso e frustração a evitar. Foi fomentada uma medicina agressiva, verificando-se excessos na intervenção médica, susceptíveis de causar questões éticas. A morte passou a ser encarada como um fracasso para muitos profissionais de saúde, e a sua formação sofreu, de certa forma, uma desumanização, com menor enfoque nas questões relacionadas com a “não cura” (Neto, 2010). No entanto, uma vez esgotadas, de forma razoável, todas as possibilidades de tratamento, ficamos perante uma situação de progressão da doença, devendo os objetivos terapêuticos dirigirem-se para a promoção do conforto do doente e da sua família. Tendo por base estes ideais surgiram, a partir de 1968, como reação à tendência desumanizante da medicina moderna, o “movimento dos cuidados paliativos”, tendo como sua pioneira Cicely Saunders em Inglaterra. Os CP surgem em defesa da necessidade de prestação de cuidados cientificamente rigorosos e de qualidade às pessoas com doenças incuráveis, progressivas e avançadas, bem como a prestação de uma assistência integral, digna e humanizada, desde o momento do diagnóstico até à fase de fim de vida do doente, englobando também a família nos cuidados (Othero & Costa, 2014).

Os CP são realizados, por equipas multidisciplinares, quando a doença já não responde a tratamentos curativos ou que prolongam a vida (Twycross, 2003). Segundo Lavy, Bond & Wolldridge (2009) os CP falam sobre o cuidar de pessoas que não podem ser curadas, aliviando o seu sofrimento e apoiando-as durante tempos difíceis. O seu principal objetivo é a obtenção da melhor qualidade de vida possível para o doente e família, sendo que os cuidados se dirigem mais ao doente do que à doença. Contudo o conceito de CP tem vindo a modificar-se ao longo dos tempos, incluindo um maior número de doenças e a sua intervenção em fases mais precoces. A OMS reviu e ampliou o conceito de CP em 2002, incluindo a assistência a doenças não oncológicas. Os CP foram definidos pela OMS, da seguinte forma: *“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 psicossociais e espirituais”*.

O conceito atual da OMS amplia o horizonte de ação dos CP, os cuidados podem ser adaptados às realidades locais, aos recursos disponíveis e ao perfil epidemiológico dos grupos a serem atendidos. Segundo Gwyther & Krakauer (2009) os CP podem e devem ser instituídos juntamente com o tratamento modificador da doença, para doentes com sintomas significativos ou que requerem outro tipo de apoio. A definição da OMS enfatiza o foco na vida ativa utilizando expressões como *“qualidade de vida”, “para ajudar os doentes a viver tão ativamente quanto possível”*. Deste modo, os CP devem ser incluídos na assistência completa à saúde, sendo parte do tratamento a todas as doenças crónicas, inclusive em programas de atenção aos idosos (Othero & Costa, 2014). Não existe um prazo definido para a prestação de CP, estes são proporcionados no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que são implementadas para prolongar a vida, não devendo ser proporcionados apenas quando o tratamento específico da doença falhou. O controlo de sintomas e o apoio emocional e espiritual são importantes no momento do diagnóstico de uma doença que ameaça a vida, bem como em todo o curso da doença e morte do doente (Gwyther & Krakauer, 2009). Quando se fala em doença ativa, progressiva que ameaça a continuidade da vida significa que os CP podem e devem ser indicados na intervenção em doenças crónicas nas suas diferentes fases de evolução (Maciel, 2008). Contudo, a diferença na amplitude dos cuidados e na sua pertinência depende da fase em que a doença se encontra e da história natural de cada uma delas.

Os CP constituem uma parte essencial dos cuidados de saúde aos quais qualquer cidadão deveria ter acesso. São considerados uma obrigação do Serviço Nacional de Saúde, sendo divulgados pela Direção-Geral de Saúde, através do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004). São reconhecidos pela Direção-Geral de Saúde como *“um elemento essencial dos cuidados de saúde que requer apoio qualificado, como uma necessidade em termos de saúde pública, como imperativo ético que promove os direitos*

fundamentais e como uma obrigação social” (DGS - Plano Nacional de Cuidados Paliativos, 2014, p.1). Como foi referido anteriormente, os CP não visam a cura mas sim a promoção do conforto e bem-estar do doente. Porém, estes cuidados estendem-se muito para além do alívio de sintomas físicos. Os CP dão ênfase à necessidade de cuidar do doente de uma forma holística, tendo em conta não só os aspetos físicos, como também os psicológicos, os sociais e os espirituais (Moura, 2011). Ao afirmar o valor da vida, assumem a importância do processo de morrer, encarando-o como um processo normal e promovendo a dignidade das vivências de cada pessoa perante a sua própria morte. Os seus pilares básicos são: controlo de sintomas, trabalho em equipa, apoio à família e comunicação adequada (Twycross, 2003). Segundo Neto (2010) todas as áreas devem ter estar no mesmo nível de importância, uma vez que não é possível praticar CP de qualidade se alguma delas for menosprezada.

Os CP constituem um grande desafio nos próximos anos, uma vez que em Portugal ainda não se está a atuar segundo os princípios, pressupostos e conceitos fundamentais nesta área. Correspondem a uma área de verdadeiros cuidados de saúde, dirigidos ao doente e família, prestados de forma interdisciplinar, rigorosa e humanizada, com o pressuposto de respeitar a vida, não a encurtando ou alargando de forma desproporcionada e fútil, assumindo a inevitabilidade da morte (APCP, 2006). A complexidade destes cuidados obriga a que a abordagem seja feita por profissionais de saúde com formação e treino diferenciados. Deste modo, surge cada vez mais a necessidade de profissionais com conhecimentos neste tipos de cuidados, sendo a formação um dos pilares da equipa de CP. Segundo a DGS (2004), a formação diferenciada na área dos CP, é um aspeto essencial e imprescindível para a organização e qualidade deste tipo de cuidados, devendo ser dirigida a todos os profissionais envolvidos. A APCP (2006) define a formação contínua como um componente importante do processo de avaliação da qualidade.

3.2. Plano de intervenção

Como já foi referido anteriormente o serviço de MFR da Estância Termal X, acolhe vários utentes com doença crónica avançada. O serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar que integra: um médico fisiatra, quatro fisioterapeutas (três a tempo inteiro e um a tempo parcial), um professor de educação física, duas enfermeiras, oito auxiliares técnicos de fisioterapia com formação profissional e uma administrativa. O número de profissionais da equipa varia ao longo do ano, uma vez que grande parte da equipa faz contratos sazonais, também a formação de base dos diferentes profissionais é diversificada. Talvez por essas razões, não exista no serviço um plano

anual de formação contínua multidisciplinar. Cada profissional faz formação separadamente na sua área de interesse, não existindo uma formação comum a toda a equipa. Esta prática conduz a uma individualização profissional, não permitindo a interdisciplinaridade e partilha de informação/experiências, subjacente ao trabalho de equipa em CP (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010).

A DGS (2010) define no PNCP, “palição” como o alívio do sofrimento do doente e “ação paliativa” como qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. Estas ações são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a sua fase de evolução. Podem ser prestadas em diferentes serviços, nomeadamente em situações de condição irreversível ou de doença crónica progressiva (DGS, 2010). Os elementos da equipa do serviço de MFR praticam em alguns dos momentos da sua prática este tipo de ações. São ações completamente distintas das observadas e praticadas em estágio, porém os princípios apreendidos podem ser aplicados em diversas situações no serviço de MFR.

Em qualquer tipo de serviço devem ser prestados serviços de qualidade. A DGS define no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (s/d,p.2) a qualidade em saúde como “...a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.”. A grande humanização dos cuidados em que assentam os CP pode trazer grandes benefícios aos diferentes serviços de saúde. Deste modo, a formação de profissionais de saúde na área de CP, para além de ser um indicador de qualidade em serviços de CP (APCP, 2006), poderá ser útil para estender esta prática aos diferentes profissionais de saúde. Segundo a DGS (2004), a formação diferenciada na área dos CP é um aspeto essencial e imprescindível para a organização e qualidade deste tipo de cuidados. Também no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a DGS (s/d) reforça a instauração de políticas de qualidade em todos os serviços de saúde, sendo que uma dessas políticas é a formação dos profissionais de saúde. A formação dos profissionais deve incluir perspetivas e determinantes de estrutura, processo e resultado que influenciam os resultados. A formação em equipa é de grande importância, e não pode ser feita somente através da troca de experiências entre profissionais. Segundo Bernardo, Rosado & Salazar (2010) a formação interna constitui um elemento primordial na aquisição de competências dentro da equipa.

A escolha da população alvo deve-se ao fato de estes profissionais terem uma grande proximidade com o doente, criando com este laços que favorecem a confiança. Foi neste sentido que pretendemos desenvolver uma sessão de formação na área dos

CP no nosso local de trabalho, junto da equipa do serviço de MFR – técnicos e auxiliares.

3.2.1. Diagnóstico da situação

O projeto de intervenção foi aplicado com o objetivo de melhorar os cuidados prestados, assim como desmistificar a ideia de que a prática paliativa deve ser realizada apenas em fase de fim de vida. Este projeto pretendia demonstrar a importância da humanização dos cuidados, e o fato de que a prática paliativa não é exclusiva dos serviços de CP.

Ao analisar a situação, através da análise SWOT, verificou-se a existência de pontos favoráveis e pontos débeis (Tabela 2), contudo estes representavam uma oportunidade de melhoria dos cuidados.

Tabela 2: Diagnóstico da situação - Análise SWOT

Ambiente Interno	<p align="center">Pontos fortes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipa multidisciplinar motivada para a realização de formação contínua interdisciplinar. - Apreensão de conhecimentos que conduzam a uma prática profissional com qualidade. - Ampliação da área de conhecimentos dos diferentes profissionais. 	<p align="center">Pontos débeis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grande parte da equipa tem contrato sazonal. - Disponibilidade de horário para reunir toda a equipa para uma ação de formação. - Inexistência de uma liderança que incentive a promoção e concretização de um plano anual de formação contínua interdisciplinar.
Ambiente Externo	<p align="center">Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização em conformidade com os recursos humanos e técnicos. 	<p align="center">Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausência de um plano de formação anual contínua multidisciplinar definido pela administração.

3.2.2. Objetivos

Melhorar a qualidade dos cuidados no serviço, desenvolvendo uma ação de formação multidisciplinar relacionada com a prática paliativa. Foram definidos os seguintes objetivos de intervenção no serviço:

Objetivos gerais:

- 1) Demonstrar a importância da humanização dos cuidados de saúde;
- 2) Demonstrar que a prática paliativa não é exclusiva dos serviços de CP.

Objetivos específicos:

- 1) Avaliar a prática atual do serviço, ao nível das áreas fundamentais dos CP - controlo de sintomas, trabalho em equipa, apoio à família e comunicação adequada;
- 2) Disseminar a filosofia e os princípios dos CP, as áreas fundamentais nos CP e o controlo de sintomas – Dor;
- 3) Reavaliar a prática do serviço, um mês após a formação em serviço tendo em conta os conteúdos abordados;
- 4) Determinar a importância de uma prática assente nos princípios dos CP, no serviço.

3.2.3. Descrição das ações

O projeto de intervenção compreendeu diferentes ações e atividades, visando a mudança e a melhoria da qualidade dos cuidados. Foi feita inicialmente a avaliação da prática do serviço e proposta à equipa e administração uma ação de formação sobre CP. Na fase seguinte, foi realizada uma sessão de formação em serviço, onde foram abordados os princípios e filosofia dos CP, as quatro áreas fundamentais dos CP e de uma forma mais aprofundada a avaliação e controlo da dor. Um mês após a sessão de formação, a prática no serviço foi reavaliada e os resultados analisados. A longo prazo foram apresentados no serviço os resultados da intervenção, e foi disponibilizado material informativo sobre a temática abordada.

Ações de curto prazo

Inicialmente foi realizada uma avaliação da prática realizada no serviço, com o objetivo de caracterizar os cuidados prestados antes da intervenção – **momento 0**. A avaliação recaiu sob as áreas fundamentais dos CP e as competências dos profissionais no processo de interação com o doente. Após pesquisa bibliográfica, não foi encontrado qualquer instrumento de avaliação das competências dos profissionais de saúde na área dos CP. Apenas foi encontrado um instrumento de avaliação das competências do fisioterapeuta no processo de interação com o doente, não sendo este exclusivo dos CP. De forma a prosseguir o projeto de intervenção, foram então criados instrumentos de avaliação que permitissem medir os resultados da intervenção. Os instrumentos de avaliação foram elaborados tendo em conta as

competências na área dos CP referidas na literatura como mais significativas, assim como a minha experiência profissional desenvolvida durante o estágio num serviço de CP.

Para realizar a avaliação foram utilizados três instrumentos de avaliação (dois questionários e uma *checklist*). A prática realizada no serviço foi avaliada sob a forma de auditoria, utilizando uma grelha de avaliação elaborada por mim (Apêndice B). As competências dos profissionais na área dos CP foram avaliadas utilizando um questionário elaborado por mim, e um questionário para avaliar o processo de interação com o doente, ao qual somente os fisioterapeutas responderam.

Foi construído um instrumento de avaliação (Apêndice C) com um conjunto de 23 itens, distribuídos por 5 dimensões, com 3 opções de resposta: *Não conheço e nunca apliquei; Conheço mas nunca apliquei; Conheço e aplico*. O conjunto dos 23 itens, encontram-se esquematizados na tabela 3, e foram distribuídos da seguinte forma:

a)Princípios gerais dos CP: esta dimensão constituída por 4 itens, avalia as competências dos profissionais relativas aos princípios básicos na área dos CP.

b)Controlo de sintomas: dimensão constituída por 8 itens, avalia o controlo dos diferentes sintomas, assim como os aspetos multidimensionais da dor e sua avaliação.

c)Trabalho em equipa: nesta dimensão estão contemplados 3 itens que avaliam as competências do trabalho na equipa multidisciplinar.

d)Apoio à família: dimensão constituída por 3 itens que se referem à inclusão e auxílio da família no processo de doença.

e)Comunicação: esta dimensão é constituída por 5 itens que avaliam as competências essenciais da comunicação na área dos CP.

Tabela 3: Distribuição dos itens presentes no questionário de avaliação das competências dos profissionais na área dos CP

Princípios Gerais dos Cuidados Paliativos	Reconhece a dinâmica e alterações demográficas da população, das variáveis e indicadores de saúde e das necessárias atualizações na sua formação individual para prestar cuidados de saúde
	Compreende os valores e princípios dos cuidados paliativos.
	Aplica os valores e princípios dos Cuidados paliativos.
	Reconhece os principais modelos organizativos de prestação de cuidados paliativos.
Controlo de Sintomas	Utiliza instrumentos standardizados cientificamente testados e validados para avaliar sintomas experimentados pelos doentes.
	Usa os resultados da avaliação sintomática e conhecimentos atualizados nas abordagens tradicionais e complementares para estabelecer e implementar um plano de intervenção de cuidados.
	Avalia e controla sintomas tendo em conta as múltiplas dimensões do doente, incluindo a física, psicológica, social e espiritual.
	Avalia o impacto das medidas não farmacológicas, tendo em conta os resultados esperados pelo doente.
	Conceptualiza a dor como um problema humano, distinto e frequente na prática de cuidados.
	Descreve e compreende os aspetos multidimensionais da dor (Dor Total).
	Reconhece que o controlo da dor envolve a abordagem de múltiplas dimensões da experiência vivida.
	Identifica obstáculos na avaliação e tratamento da dor, relativos aos doentes, familiares e equipa de saúde.
Trabalho em equipa	Identifica os princípios do trabalho em equipa multidisciplinar.
	Colabora com os membros da equipa multidisciplinar, na prestação de ações paliativas.
	Promove o trabalho em equipa multidisciplinar, com vista à excelência no desenvolvimento de ações paliativas.
Apoio à família	Compreende o processo de adaptação à doença crónica de evolução prolongada.
	Assiste de modo holístico a família e pessoas significativas, ajudando-os a lidar com o sofrimento, com a dor e com as perdas.
	Ajuda a família e pessoas significativas a desenvolver estratégias de coping para lidar com o sofrimento e a dor.
Comunicação	Demonstra a capacidade de comunicação terapêutica como doente, familiares e outros profissionais.
	Identifica os obstáculos e dificuldades à comunicação.
	Compreende os princípios e estratégias de comunicação em cuidados paliativos (ex. técnica de transmissão de más notícias, conferência familiar).
	Comunica eficazmente com doentes, familiares e outros profissionais de saúde.
	Comunica com consciência informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde do doente, no que respeita a sua área de competência.

As áreas fundamentais dos CP foram avaliadas sob a forma de auditoria, utilizando uma grelha de avaliação (Apêndice B). Esta grelha foi construída à semelhança do

instrumento de avaliação anterior. É constituída por 19 itens distribuídos por 4 dimensões correspondentes aos pilares dos CP, nos quais se pretende avaliar os aspetos mais importantes de cada um deles. Este instrumento foi construído sob a forma de *checklist*, onde é assinalada a existência ou não no serviço de cada um dos itens.

O instrumento de avaliação aplicado aos fisioterapeutas (Anexo C), encontra-se organizado em 57 itens, com 4 opções de resposta: *Não se aplica; Pouco importante; Importante; Muito importante*. Nos 57 itens são avaliadas dimensões relativas ao contato com o doente, comunicação e conhecimento profissional. As dimensões mencionadas incluem: (1) a capacidade do fisioterapeuta proporcionar um ambiente e local de tratamento confortável; (2) utilização de meios/formas de comunicação efetivos para transmitir a informação ao doente, assim como a capacidade de escutar ativamente, demonstrando comprometimento com o tratamento; (3) capacidade de planear e organizar os procedimentos, demonstrando conhecimento referente à doença em questão, assim como a capacidade de constante atualização e domínio das técnicas utilizadas.

Depois de reunir todos os instrumentos de avaliação, foi feita a avaliação no momento 0, os instrumentos de avaliação foram entregues à equipa no dia 17/09/2014. A *checklist* foi preenchida por mim e foram distribuídos os questionários a todos os membros da equipa, sendo que todos receberam o questionário de avaliação das competências profissionais na área dos CP; os fisioterapeutas receberam também o questionário de avaliação do processo de interação fisioterapeuta-doente.

Após esta avaliação inicial foi feita uma proposta à administração para a realização da sessão de formação para todos os profissionais do serviço de MFR. O administrador da Estância Termal X respondeu prontamente ao pedido e concordou com a realização da sessão, uma vez que a equipa não realizava formação interdisciplinar. Em seguida foi elaborado o plano de formação e divulgado junto da equipa, disponibilizando atempadamente a informação relativa ao plano.

Ações de médio prazo

Após a avaliação no momento 0 e a preparação de toda a logística inerente à sessão de formação, esta foi realizada. A sessão de formação decorreu no dia 22/09/2014 com abordagem dos temas anteriormente apresentados. O plano de formação encontra-se esquematizado na Tabela 5. Um mês após a ação de formação, a prática no serviço foi reavaliada – **momento 1**, aplicando os mesmos instrumentos de avaliação utilizados no momento 0. Os instrumentos de avaliação foram entregues aos participantes no dia 22/10/2014. Os resultados obtidos foram analisados e encontram-se descritos na avaliação da intervenção.

Ações de longo prazo

Posteriormente os resultados da intervenção foram apresentados no serviço. Foi também disponibilizado material informativo sobre a temática abordada, nomeadamente artigos científicos e referências bibliográficas. Alguns profissionais manifestaram interesse sobre a temática, solicitando literatura sobre o assunto.

Tabela 4: Cronograma das ações

Mês Ação	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Elaboração dos instrumentos de avaliação					
Avaliação da prática do serviço – Momento 0					
Elaboração do plano de formação					
Sessão de formação					
Reavaliação da prática do serviço – Momento 1					
Análise dos resultados					
Apresentação dos resultados no serviço					Novembro

3.2.4. Plano de formação

O plano de formação integrou o plano de intervenção no serviço, procurando a sua execução. É constituído pela identificação de entidade formadora/instituição, tema, tipologia da formação, identificação do formador, dos destinatários, data e duração da sessão de formação, objetivos gerais, plano de sessão, divulgação, avaliação e recursos necessários.

Entidade formadora/instituição

A sessão de formação decorreu no âmbito do 2º Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias – Instituto Politécnico de Castelo Branco. Teve lugar na Estância Termal X, no auditório do Balneário RDA.

Tema

Cuidados Paliativos – humanização dos cuidados de saúde.

Tipologia da formação

A sessão de formação consistiu numa sessão letiva, participada pelos formandos, onde se pretendia que estes adquirissem novos conhecimentos e refletissem sobre a sua prática profissional.

Identificação do formador

O autor: Helena Alexandra Cruz – Fisioterapeuta.

Destinatários

A sessão de formação destinou-se aos profissionais do serviço de MFR da Estância Termal X.

Data e duração da ação de formação

A sessão de formação decorreu no dia 22 de Setembro de 2014, entre as 14.30 e as 17 horas. Teve uma duração de 150 minutos, sendo constituída por três períodos, um inicial com a duração de 30 minutos e os seguintes com a duração de 60 minutos cada.

Objetivos gerais

- 1) Conhecer os princípios, valores e filosofia dos CP.
- 2) Proporcionar o conhecimento básico das quatro áreas fundamentais dos CP.
- 3) Compreender a importância da humanização dos cuidados de saúde.

Plano de sessão

Na tabela 5 encontra-se esquematizado o plano pedagógico da sessão, onde constam os objetivos específicos, a metodologia e os recursos didáticos utilizados.

Tabela 5: Plano pedagógico da sessão de formação

Período/ Duração	Tema	Objetivos Específicos No final da ação, o formando deve ser capaz de:	Conteúdos	Metodologia Letiva	Recursos Didáticos
1º Período (30 min)	Cuidados paliativos	Conhecer a história e evolução dos CP em Portugal. Conhecer a filosofia e os valores dos CP. Conhecer as 4 áreas fundamentais dos CP.	Aspetos históricos dos CP CP: conceito CP: filosofia, valores e princípios Áreas fundamentais dos CP	Método expositivo oral direto; Método ativo - Brainstorming	
2º Período (60 min)	Áreas fundamentais dos CP	Descrever as 4 áreas fundamentais dos CP Entender a complexidade das intervenções no controlo sintomático. Reconhecer a importância do trabalho em equipa. Reconhecer a família como unidade de apoio ao doente. Perceber a importância da família na prestação de cuidados. Identificar os princípios e perícias básicas da comunicação. Compreender a importância da comunicação na relação com o doente, família e equipa.	Áreas fundamentais dos CP: Controlo de sintomas, Trabalho em equipa, Apoio à família, Comunicação adequada	Método expositivo oral direto; Método ativo - Brainstorming e Roleplay	Computador portátil; Tela de projeção; Projektor multimédia; Quadro branco; Canetas; Fotocópias
3º Período (60 min)	Controlo de sintomas - Dor	Conhecer a etiologia e a classificação da dor. Definir os conceitos de dor segundo os CP. Compreender a importância da avaliação da dor. Descrever as estratégias não farmacológicas no controlo da dor	Dor - etiologia e classificação Conceito de dor total Avaliação da dor - escalas e instrumentos de medida Estratégias não farmacológicas no controlo da dor	Método expositivo oral direto; Método ativo - Brainstorming	

Divulgação

A formação foi divulgada verbalmente junto dos profissionais do serviço de MFR.

Recursos necessários

Para realizar a sessão de formação foi necessário requerer a autorização da administração da Estância Termal X, de modo a ceder o espaço – Auditório do Balneário RDA e os recursos didáticos e materiais.

3.2.5. Desenvolvimento do plano de formação

A sessão de formação planeada foi realizada nas instalações da Estância Termal X, no auditório do Balneário RDA. Devido à grande afluência de utentes no serviço de MFR, e a elevada carga horária, só foi possível realizar a ação de formação no dia 22 de Setembro de 2014, entre as 14.30 e as 17 horas. Uma vez que o serviço funcionava sete dias por semana, foi escolhido um dia em que todos os elementos da equipa se encontravam ao serviço, sendo que estes foram previamente informados do dia e horário da sessão. Na sessão estiveram presentes todos os elementos da equipa exceto o médico fisiatra e a administrativa por razões laborais. A sala de formação estava devidamente equipada com os meios audiovisuais (computador, retroprojetor, tela de projeção e quadro branco) disponha de boas condições acústicas e todo o restante material inerente à formação, proporcionando um ambiente confortável e informal.

Durante a sessão foi usado o método expositivo oral direto, com ajuda de uma apresentação de diapositivos em formato PowerPoint (Apêndice D), foi também usado o método ativo através do brainstorming e do role play, de modo a criar interação entre os elementos do grupo e proporcionar a reflexão sobre alguns temas. A sessão de formação teve como principal objetivo desmistificar e dar a conhecer a prática paliativa, deste modo os conteúdos selecionados abordavam de uma forma geral esta prática. A apresentação de diapositivos elaborada não possui excesso de informação e terminologia científica excessiva, pretendíamos que esta fosse apelativa e sucinta de forma a cativar os elementos. Como forma de complementar a sessão foi disponibilizado o plano de sessão e a apresentação de diapositivos em papel e formato digital.

3.2.6. Avaliação da intervenção - Apresentação de resultados

O projeto de intervenção no serviço de MFR superou as nossas expectativas, a grande maioria dos elementos da equipa mostrou-se disponível para preencher os

instrumentos de avaliação, assim como para participar na sessão de formação. Inicialmente alguns mostraram-se relutantes em relação ao tema, uma vez que desconheciam os princípios e filosofia dos CP. Quando abordados para participar no plano de intervenção fizeram alguns comentários, sendo alguns destes: *“nós não prestamos esse tipo de cuidados”, “isso é só para pessoas que estão a morrer”*. Constatamos também que estes comentários foram feitos principalmente pelos auxiliares de fisioterapia, os restantes elementos demonstraram mais conhecimento sobre o tema.

Porém de modo a tornar os resultados da intervenção mais objetivos, como já foi referido anteriormente, foram aplicados instrumentos de avaliação validados e outros elaborados por mim. Existiram dois momentos de avaliação – Momento 0 e Momento 1, sendo que o primeiro corresponde ao momento antes da sessão de formação e o segundo um mês após a sessão de formação. Responderam aos questionários e participaram na sessão de formação quinze elementos da equipa: quatro fisioterapeutas, um professor de educação física, duas enfermeiras e oito auxiliares técnicos de fisioterapia. Em ambos os momentos da avaliação foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

- 1) Grelha de avaliação da prática realizada no serviço, preenchida por mim;
- 2) Questionário de avaliação das competências profissionais na área dos CP, entregue a todos os profissionais participantes;
- 3) Questionário de avaliação do processo de interação fisioterapeuta-doente, entregue aos fisioterapeutas participantes.

Apresentação de resultados

Neste subcapítulo são apresentados os resultados obtidos através do tratamento de dados, resultantes da aplicação dos instrumentos de avaliação, através de tabelas e gráficos, para melhor perceção dos mesmos.

I. Prática realizada no serviço

A prática realizada foi avaliada através de uma grelha de avaliação que se encontra devidamente preenchida no apêndice E. Relativamente a esta grelha pudemos constatar que no momento 0 grande parte dos itens não se verificavam no serviço. Relativamente ao controlo de sintomas apenas se verificavam na íntegra os itens A5 (*Registo do plano terapêutico e sua reformulação*), A6 (*Ajustamento do plano terapêutico após agravamento ou irrupção dos sintomas*) e A8 (*Articulação com o médico assistente*). O item A3 (*Existência de um processo clínico interdisciplinar, único*

por doente, com a descrição da avaliação, problema/diagnóstico, plano terapêutico e cuidados prestados) verificava-se de forma parcial, uma vez que existia um processo clínico único por doente que podia ser consultado por todos os membros da equipa, porém neste apenas constavam os registos do médico fisiatra, uma vez que este era o único elemento que efetuava registos. No que diz respeito ao trabalho em equipa, apenas o item B3 (*Existência de equipa multidisciplinar*) se verificava; assim como no apoio à família apenas se verificava o item C3 (*Grau de satisfação do doente e família*). Relativamente à comunicação verificava-se também somente o item D1 (*Os objetivos da intervenção são discutidos com o doente e família*).

No momento de avaliação 1 verificaram-se algumas alterações da prática do serviço, contudo como se pode constatar através da tabela 6, foi nesta grelha de avaliação que se registaram alterações menos significativas. No controlo de sintomas apenas se registou de forma parcial a alteração dos itens A1 (*Avaliação e registo dos sintomas, utilizando instrumentos standardizados e validados*) e A2 (*Reavaliação dos sintomas em todas as intervenções*), uma vez que apenas os fisioterapeutas cumpriam estes dois itens. Pude verificar que o instrumento de avaliação mais utilizado por estes foi a Escala Visual Analógica Verbal, porém estes não faziam o registo das suas avaliações. A escassa utilização de instrumentos de avaliação e a ausência de registos pode dever-se em parte aos seus inconvenientes de utilização, uma vez que estes representam uma carga suplementar de trabalho e uma necessidade de modificar as metodologias de trabalho e planificação dos cuidados.

Relativamente ao trabalho em equipa ocorreu alteração nos itens B1 (*Existência de reuniões de equipa. Qual a frequência? É feito registo da reunião?*) e B4 (*Existência de um cronograma de serviço, com identificação dos líderes, hierarquias e funções dos diferentes elementos*). Começaram a ser realizadas reuniões de equipa, sendo proposta uma frequência mensal, porém não era feito registo da reunião. Nas reuniões de equipa eram discutidas as dificuldades dos diferentes profissionais, assim como os casos mais complicados durante esse mês. Foi elaborado pelo coordenador do serviço um cronograma no qual constavam as hierarquias e funções dos diferentes elementos da equipa.

Na componente do apoio à família, apenas se verificou alteração no item C1 (*Existência de partilha de informação com a família – conferência familiar*). Apesar de poucos familiares solicitarem informação sobre o doente, quando isto acontecia a forma de transmitir a informação era diferente. Sempre que possível os profissionais tentavam fazê-lo num ambiente reservado realizando algo aproximado a uma conferência familiar.

Tabela 6: Distribuição do número de itens que se verificam na prática realizada no serviço.

	Número de itens que se verificam	
	Momento 0	Momento 1
Controlo de sintomas	3	3
Trabalho em equipa	1	3
Apoio à família	1	2
Comunicação	1	2

II. Competências dos profissionais na área dos CP

Como se pode verificar na tabela 7 relativa às competências dos profissionais na área dos CP, antes da sessão de formação, 60% dos profissionais conhecia os princípios e aplicação dos CP, porém não os aplicava no serviço de MFR. Na dimensão princípios gerais dos CP, a grande maioria conhecia os diferentes itens embora não os aplicasse, quanto aos modelos organizativos de prestação de CP, 80% não os conhecia. Relativamente ao controlo de sintomas, os profissionais reconheciam a importância do uso de instrumentos de avaliação standardizados, assim como a importância da avaliação sintomática na intervenção, contudo afirmavam não os aplicar no serviço, sendo que apenas um profissional (7%) referiu utilizar instrumentos de avaliação standardizados. No que diz respeito à dor, 47% reconhecia a dor como um problema frequente nos cuidados que presta, enquanto que 53% reconhecia a problemática da dor, mas não a aplicava no serviço. Relativamente aos aspetos multidimensionais da dor, 67% reconhecia que o controlo da dor envolve a abordagem de múltiplas dimensões da experiência vivida, contudo apenas 47% reconhecia e aplicava o conceito de “dor total”.

Na dimensão trabalho em equipa, 60% dos profissionais identificava e aplicava os princípios do trabalho em equipa. No que respeita às ações paliativas apenas 20% colaborava com os membros da equipa na sua prestação, e 27% promovia o trabalho em equipa com vista ao desenvolvimento de ações paliativas. Relativamente ao apoio à família apenas 20% referia prestar apoio e suporte à família, 73% afirmou conhecer estes princípios porém não os colocava em prática.

Na dimensão comunicação, 67% dos profissionais afirmou ter capacidade de comunicação terapêutica com o doente, família e profissionais. Relativamente às dificuldades e obstáculos à comunicação, 60% dos profissionais afirmou identificá-los, porém apenas um profissional (7%) afirmou conhecer e aplicar estratégias de comunicação em CP. Embora os profissionais assumam que possuem capacidade de comunicação, quando questionados se efetuam uma comunicação eficaz, a distribuição das respostas não foi unânime; 20% afirmou não conhecer e não aplicar, 27% afirmou conhecer mas não aplicar e 53% afirmou conhecer e aplicar. Da mesma

forma 13% afirmou que não conhece nem comunica com consciência informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde do doente, 47% afirmou conhecer mais não aplicar e 40% afirmou conhecer e aplicar.

No momento 1 da avaliação, através da análise dos resultados da tabela 7, verificou-se que de um modo geral os profissionais começaram a aplicar alguns princípios dos CP, uma vez que 80% afirmou conhecer e aplicar os valores e princípios dos CP no serviço. Em todas as dimensões avaliadas foram registadas alterações. Apenas 2 itens foram classificados como *“Não conheço e nunca apliquei”*, estes itens dizem respeito ao controlo de sintomas e referem-se ao uso da avaliação sintomática para estabelecer e implementar um plano de intervenção de cuidados, e à avaliação do impacto das medidas não-farmacológicas. Alguns itens do controlo de sintomas foram classificados por todos os profissionais como *“Conheço e aplico”*, nomeadamente os itens que se referem à dor. Todos os itens do questionário relativos à dor obtiveram 100% na sua utilização no serviço. Estes resultados podem dever-se ao fato de o tema dor ter sido mais aprofundado durante a sessão de formação. Ainda no controlo de sintomas, 80% afirmou conhecer instrumentos de avaliação standardizados, porém somente 20% passaram a utilizá-los na sua prática. Embora grande parte dos profissionais não utilize instrumentos de avaliação no serviço, o simples fato de após a sessão de formação afirmarem que os conhecem pode ser considerado uma melhoria na prática efetuada, uma vez que no momento 0, 40% dos profissionais não os conhecia. Quanto às dimensões trabalho em equipa e apoio à família, todos os itens registaram alterações, abrindo deste modo o caminho para serem aplicados no serviço. No que diz respeito à dimensão comunicação, registaram-se também alterações significativas. No momento 1, 80% afirmaram ter capacidade de comunicação terapêutica com o doente, família e profissionais. Relativamente às estratégias de comunicação em CP, no segundo momento de avaliação, 73% conhece-as e 27% utiliza-as na sua prática no serviço. Após a sessão de formação, 80% reconheceu que comunica eficazmente e com consciência a informação relevante, de forma correta e compreensível sobre o estado de saúde do doente.

Estes resultados demonstram que grande parte dos profissionais passou a aplicar os princípios e filosofia dos CP no serviço. As alterações mais significativas registaram-se ao nível da comunicação e do controlo de sintomas, principalmente na dor. Durante a sessão de formação, para além da definição e atuação dos CP, a dor e a comunicação foram os temas que mais interesse despertaram por parte dos profissionais. Uma vez que foram as dimensões que registaram alterações mais significativas, posso concluir que se tratam de áreas nas quais os profissionais mais aplicam os princípios dos CP.

A habilidade para estabelecer uma comunicação eficaz é essencial nos cuidados de saúde, quer entre profissionais de saúde e doentes, quer com a família e mesmo dentro da equipa prestadora de cuidados. Para além de constituir um pilar dos CP, a comunicação adequada constitui uma medida terapêutica comprovadamente eficaz,

uma vez que reduz a ansiedade, proporciona partilha de sofrimento e permite ao doente a família participarem nos cuidados e decisões (Ribeiro, 2011). Para além da comunicação ser transversal a todas as áreas de cuidados, é também um área na qual os profissionais demonstram algumas dificuldades, nomeadamente quando se trata de comunicar situações e fatos desagradáveis.

Assim como a comunicação, também a dor é um fator importante nos cuidados de saúde, uma vez que se trata de um dos sintomas mais frequentes em contexto de doença. O alívio da dor (quer do doente, quer daqueles que com ele convivem), é uma exigência absoluta, e determina uma prioridade da ação dos profissionais de saúde (Twycross, 2003).

Tabela 7: Distribuição das respostas quanto às competências dos profissionais na área dos Cuidados Paliativos

Competências		Momento 0						Momento 1					
		Não conheço e nunca apliquei		Conheço mas nunca apliquei		Conheço e aplico		Não conheço e nunca apliquei		Conheço mas nunca apliquei		Conheço e aplico	
		n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Princípios gerais dos CP	Reconhece a dinâmica e alterações demográficas da população, das variáveis e indicadores de saúde e das necessárias atualizações na sua formação individual para prestar cuidados de saúde	2	13	10	67	3	20	0	0	5	33	10	67
	Compreende os valores e princípios dos cuidados paliativos.	3	20	9	60	3	20	0	0	5	33	10	67
	Aplica os valores e princípios dos Cuidados paliativos.	3	20	9	60	3	20	0	0	3	20	12	80
	Reconhece os principais modelos organizativos de prestação de cuidados paliativos.	12	80	2	13	1	7	0	0	14	93	1	7
Controlo de sintomas	Utiliza instrumentos estandardizados cientificamente testados e validados para avaliar sintomas experimentados pelos doentes.	6	40	8	53	1	7	0	0	12	80	3	20
	Usa os resultados da avaliação sintomática e conhecimentos atualizados nas abordagens tradicionais e complementares para estabelecer e implementar um plano de intervenção de cuidados.	4	27	9	60	2	13	3	20	10	67	2	13
	Avalia e controla sintomas tendo em conta as múltiplas dimensões do doente, incluindo a física, psicológica, social e espiritual.	4	27	6	40	5	33	0	0	7	47	8	53
	Avalia o impacto das medidas não farmacológicas, tendo em conta os resultados esperados pelo doente.	4	27	8	53	3	20	3	20	9	60	3	20
	Conceptualiza a dor como um problema humano, distinto e frequente na prática de cuidados.	0	0	8	53	7	47	0	0	0	0	15	100
	Descreve e compreende os aspetos multidimensionais da dor (Dor Total).	5	33	3	20	7	47	0	0	0	0	15	100
	Reconhece que o controlo da dor envolve a abordagem de múltiplas dimensões da experiência vivida.	1	7	4	27	10	67	0	0	0	0	15	100
	Identifica obstáculos na avaliação e tratamento da dor, relativos aos doentes, familiares e equipa de saúde.	1	7	10	67	4	27	0	0	0	0	15	100

Tabela 7: Distribuição das respostas quanto às competências dos profissionais na área dos Cuidados Paliativos (continuação)

Competências		Momento 0						Momento 1					
		Não conheço e nunca apliquei		Conheço mas nunca apliquei		Conheço e aplico		Não conheço e nunca apliquei		Conheço mas nunca apliquei		Conheço e aplico	
		n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Trabalho em equipa	Identifica os princípios do trabalho em equipa multidisciplinar.	0	0	6	40	9	60	0	0	2	13	13	87
	Colabora com os membros da equipa multidisciplinar, na prestação de ações paliativas.	6	40	6	40	3	20	0	0	6	40	9	60
	Promove o trabalho em equipa multidisciplinar, com vista à excelência no desenvolvimento de ações paliativas.	5	33	6	40	4	27	0	0	6	40	9	60
Apoio à família	Compreende o processo de adaptação à doença crónica de evolução prolongada.	2	13	10	67	3	20	0	0	5	33	10	67
	Assiste de modo holístico a família e pessoas significativas, ajudando-os a lidar com o sofrimento, com a dor e com as perdas.	1	7	11	73	3	20	0	0	6	40	9	60
	Ajuda a família e pessoas significativas a desenvolver estratégias de coping para lidar com o sofrimento e a dor.	4	27	8	53	3	20	0	0	8	53	7	47
Comunicação	Demonstra a capacidade de comunicação terapêutica com o doente, familiares e outros profissionais.	2	13	3	20	10	67	0	0	3	20	12	80
	Identifica os obstáculos e dificuldades à comunicação.	0	0	6	40	9	60	0	0	5	33	10	67
	Compreende os princípios e estratégias de comunicação em cuidados paliativos (ex. técnica de transmissão de más notícias, conferência familiar).	8	53	6	40	1	7	0	0	11	73	4	27
	Comunica eficazmente com doentes, familiares e outros profissionais de saúde.	3	20	4	27	8	53	0	0	3	20	12	80
	Comunica com consciência informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde do doente, no que respeita a sua área de competência.	2	13	7	47	6	40	0	0	3	20	12	80

III. Processo de interação fisioterapeuta-doente

Relativamente aos questionários entregues somente aos fisioterapeutas, referentes ao processo de interação fisioterapeuta-doente, pude constatar no momento 0 que estes profissionais consideravam importantes as questões de ordem técnica. Os resultados apresentados na tabela 8, demonstram que os fisioterapeutas consideravam importantes os itens relacionados com a componente técnica e profissional. Em ambos os momentos da avaliação os itens correspondentes a essa componente foram classificados como “*Muito Importante*”. Estes itens dizem respeito à capacidade de planejar e organizar procedimentos, demonstrar conhecimento referente à patologia em questão, indicações e contra-indicações fisiológicas e biomecânicas dos procedimentos utilizados, atualização constante e domínio das técnicas específicas de tratamento. Ao analisar a comparação entre os diferentes momentos de avaliação, constata-se que os fisioterapeutas começaram a considerar também importantes itens relacionados com a comunicação/escuta ativa do doente, comprometimento com o tratamento, empatia e cordialidade.

Tabela 8: Itens considerados “*Muito importante*”, por todos os fisioterapeutas, no momento 0

Itens
3. Transmitir de forma lógica o procedimento.
6. Dominar a utilização dos equipamentos utilizados.
12. Dominar contra-indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.
14. Ambientar local bem higienizado.
17. Expressar-se com clareza.
20. Manter os equipamentos em bom estado de conservação.
27. Demonstrar organização nas tarefas a serem executadas.
29. Expressar-se com objetividade.
30. Dominar contra-indicações fisiológicas dos procedimentos.
32. Dominar indicações fisiológicas dos procedimentos.
35. Dominar técnicas utilizadas durante os procedimentos.
47. Incentivar verbalmente durante os procedimentos.
51. Dominar indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.
52. Manter-se em constante atualização profissional.
53. Motivar o paciente na participação do tratamento.
54. Manter organização dos equipamentos.

Embora se trate de uma amostra pequena, através dos resultados presentes na tabela 9 e na tabela em apêndice (Apêndice F) depreende-se que após a sessão de formação os fisioterapeutas para além das questões técnicas, começaram a considerar também o doente como um fator importante na interação fisioterapeuta-doente. Este fato assenta nos princípios CP, na medida em que, tal como afirma Twycross (2003), os CP dirigem-se mais ao doente do que à doença. Através da análise da Tabela 9, no

momento 1 da avaliação, para além dos itens relacionados com a componente técnica, estes profissionais consideraram também importantes itens que dizem respeito à capacidade de escutar ativamente o doente e demonstrar o seu comprometimento com o tratamento, permanecer junto ao doente durante o tratamento, demonstrar interesse sobre a evolução do tratamento, questionar durante a sessão o seu nível de conforto e questões relacionados com o atendimento.

Tabela 9: Itens considerados “*Muito importante*”, por todos os fisioterapeutas, no momento 1

Itens
3. Transmitir de forma lógica o procedimento.
6. Dominar a utilização dos equipamentos utilizados.
8. Conquistar confiança.
11. Explicar ao paciente quaisquer dificuldades que possam interferir na evolução do tratamento.
12. Dominar contraindicações biomecânicas dos exercícios utilizados.
14. Ambientar local bem higienizado.
17. Expressar-se com clareza.
18. Demonstrar paciência para com o paciente.
19. Demonstrar preocupação com os constrangimentos do paciente.
20. Manter os equipamentos em bom estado de conservação.
25. Demonstrar-se cuidadoso durante os procedimentos.
27. Demonstrar organização nas tarefas a serem executadas.
29. Expressar-se com objetividade.
30. Dominar contraindicações fisiológicas dos procedimentos.
31. Identificar limitações do paciente.
32. Dominar indicações fisiológicas dos procedimentos.
35. Dominar técnicas utilizadas durante os procedimentos.
40. Demonstrar disposição para com o paciente.
46. Dominar conhecimentos sobre as técnicas de avaliação utilizadas.
47. Incentivar verbalmente durante os procedimentos.
50. Prover feedback quanto à evolução do tratamento.
51. Dominar indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.
52. Manter-se em constante atualização profissional.
53. Motivar o paciente na participação do tratamento.
54. Manter organização dos equipamentos.

Na primeira abordagem feita em relação ao projeto de intervenção, para além das enfermeiras, estes foram os profissionais que demonstraram mais conhecimento sobre a temática, porém na avaliação da prática constatei que não utilizavam os princípios e práticas dos CP. Como referido anteriormente e analisando os resultados da avaliação, pude constatar que após conhecerem efetivamente os CP e a sua filosofia, estes profissionais mudaram a sua prática, passando a considerar as componentes relacionadas com o doente na sua interação com este. Através da tabela 10, onde constam os itens que sofreram uma alteração mais significativas, constata-se

que estes profissionais começaram a ponderar na sua prática itens relacionados com o doente.

Tabela 10: Distribuição das respostas dos itens que obtiveram alterações mais significativas, quanto ao processo de interação fisioterapeuta-doente

Itens	Momento 0								Momento 1							
	Não se aplica		Pouco importante		Importante		Muito importante		Não se aplica		Pouco importante		Importante		Muito importante	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
18	0	0	1	25	2	50	1	25	0	0	0	0	0	0	4	100
19	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0	4	100
40	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0	4	100

Embora a grande parte dos itens tenha registado um aumento no seu grau de importância, um item do questionário registou uma diminuição. Como se observa no gráfico 1, o item “Exigir a participação do paciente no tratamento”, passou a ser considerado pouco importante por um dos profissionais. Esta alteração sugere que este profissional começou a considerar a decisão do doente, centrando a atenção do seu trabalho no doente. Os profissionais de saúde devem ser capazes de estabelecer uma relação empática com o doente, centrando a atenção no doente e no seu ambiente para conseguir perceber a sua experiência e como este a vivência (Ribeiro, 2011).

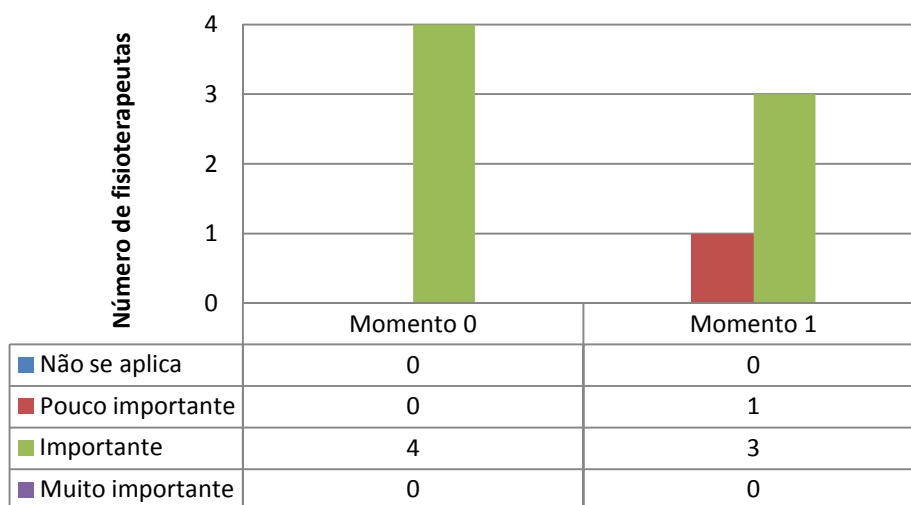


Gráfico 1: Distribuição do item 41. Exigir a participação do paciente no tratamento, nos dois momentos de avaliação

Discussão dos resultados

De um modo geral julgo que os objetivos do projeto de intervenção foram alcançados, uma vez que grande parte da equipa participou na sessão de formação e ocorreram algumas alterações na prática realizada no serviço. Inicialmente alguns profissionais mostraram-se céticos em relação ao projeto, talvez porque desconheciam efetivamente o que são CP. Durante a sessão de formação pude constatar que mudaram de opinião, pois colocavam várias questões e procuravam mais informação acerca do tema. Durante a avaliação inicial constatei que grande parte dos princípios dos CP não eram utilizados no serviço. Uma vez que não se trata de um serviço de CP é normal que os seus princípios não sejam aplicados na prática diária, porém segundo a literatura, os CP não são exclusivos dos serviços de CP e abrangem atualmente diversas áreas e fases de atuação cada vez mais precoces. Os CP podem ser instaurados em qualquer fase da doença, em conjunto com outras terapias implementadas para prolongar a vida, sendo integrados em diversos tipos de serviços (Gwyther & Krakauer, 2009). Imediatamente após a sessão de formação foi-me dado um feedback muito positivo por parte dos profissionais. Mencionaram que as suas referências de CP estavam erradas, e que a sua forma de cuidar poderia ser transferida para qualquer serviço, inclusive o serviço de MFR.

Na avaliação global da prática do serviço não foram registadas alterações significativas, talvez pela dificuldade de implementação de uma prática comum a todos os profissionais. Já nos questionários entregues aos profissionais as alterações foram mais significativas. A alteração da prática de um serviço é um processo complexo, uma vez que existem metodologias de trabalho estabelecidas durante muito tempo, é mais fácil alterar a prática de um profissional isolado. Contudo a mudança é sempre uma oportunidade de melhoria, e no serviço todos os profissionais estavam dispostos a melhorar os cuidados que prestam. A sazonalidade dos utentes e por vezes a sua grande afluência dificultou em parte a aplicação do projeto de intervenção. Uma vez que se trata de um serviço que funciona numa estância termal, o número de utentes que frequentam o serviço varia muito e existe uma grande dificuldade em reunir toda a equipa. Esta distribuição dos utentes pode explicar também alguns resultados obtidos, nomeadamente os relacionados com a avaliação de sintomas, uma vez que nem sempre os profissionais dispõem de tempo para aplicar instrumentos de avaliação.

Na segunda fase de avaliação constatei que uma grande parte dos profissionais começou a utilizar os princípios e práticas dos CP no serviço. No que diz respeito aos fisioterapeutas, constatei uma humanização dos cuidados. Como traduzem os resultados apresentados, relativamente ao processo de interação fisioterapeuta-doente, estes profissionais começaram a dar o mesmo grau de importância às questões técnicas e às questões relacionadas com o doente.

Os profissionais de saúde que trabalham em CP, testemunham muitas vezes a luta corajosa do doente e dos seus familiares, a forma como estes enfrentam a mudança dramática da realidade. Nestes locais, eles aplicam os seus conhecimentos com o objetivo de estabelecer uma parceria com o doente e família, de modo a promover a melhor qualidade de vida possível até à morte. O trabalho do fisioterapeuta nestes cuidados tem subjacente uma dinâmica de determinar quando intervir e quando dar um passo atrás, o fisioterapeuta que trabalha em CP, deve compreender a complexidade dos seus doentes e perceber que a fisioterapia nem sempre implica uma melhoria (Cobbe & Kennedy, 2012). Subjacente a esta dinâmica existe uma reavaliação contínua das prioridades de atendimento ao doente, sendo o doente o foco da intervenção. O objetivo da Fisioterapia em CP é otimizar a função física, tendo em conta a interação entre diferentes domínios: físico, psicológico, social e profissional (*Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Fulton & Else, 1997 citado por Kumar & Jim, 2010)). O fisioterapeuta deve estar capacitado e disponível para esclarecer e clarificar os objetivos da intervenção em CP, que devem ser reavaliados e reajustados sempre que se justifique, em conjunto com o doente, família e equipa. O contributo da intervenção do fisioterapeuta passa também por evidenciar junto da equipa que a componente funcional deve integrar sempre todos os cuidados ao doente (Agapito & Silva, 2014).

A Fisioterapia em CP tem como objetivo principal a melhoria da qualidade de vida dos doentes sem possibilidade de cura, reduzindo os sintomas e promovendo a sua independência funcional. Para que isto seja alcançado é necessário manter um canal de comunicação aberto com o doente, família e profissionais envolvidos. A comunicação é essencial para o alívio do sofrimento e ajuda o doente a encontrar uma sensação de controlo (Marcucci, 2004). O fisioterapeuta que intervém junto destes doentes deve ter formação específica que lhe permita utilizar técnicas de comunicação, conseguindo captar as diversas dimensões do sofrimento – física, psicológica (mental e emocional), relacional (social e familiar) e espiritual, tendo noção dos princípios éticos (Agapito & Silva, 2014). Para além de tratar a função, o fisioterapeuta associa também aos seus cuidados a oferta de conforto e apoio emocional (Montagnini, Lodhi, & Born, 2003). A intervenção deve centrar-se na assistência direta ao doente. Segundo Schleinich et al (2008) os doentes pretendem que o fisioterapeuta disponha de tempo para os ouvir, seja compreensivo e se preocupe com a sua evolução. Deste modo, o fisioterapeuta que intervém em CP, deve ter capacidades de comunicação, assim como ter presente na sua intervenção os princípios dos CP.

Na avaliação do processo de interação fisioterapeuta-doente, constatou-se no momento 0 que estes profissionais consideravam mais importantes as questões de ordem técnica. Contudo, estes profissionais passaram a considerar importantes os aspetos relacionados com o doente, sendo que após a sessão de formação a componente relacionada com o doente tinha o mesmo peso que a componente técnica. Os profissionais de saúde devem articular o seu conhecimento teórico e

técnico com os aspetos afetivos, sociais, culturais e éticos das relações que estabelecem com os doentes, para que deste modo consigam compreendê-los e respeitá-los como pessoas vulneráveis ao invés de se focarem apenas na doença e nos sintomas físicos. Ribeiro (2011) refere a humanização dos cuidados como uma das principais competências do profissional em CP, este cuidado inicia-se quando o profissional entra no campo fenomenal do doente e é capaz de detetar, sentir e interagir com ele, estabelecendo uma relação empática.

Os fisioterapeutas que participaram no projeto de intervenção alteraram a sua forma de cuidar, como demonstram os resultados obtidos. Começaram a considerar importantes aspetos relacionados com o perfil do fisioterapeuta em CP, nomeadamente a capacidade de escuta ativa, demonstrar interesse sobre a evolução do tratamento, conquistar a confiança do doente e demonstrar paciência com este. Os itens que sofreram alterações mais significativas relacionam-se todos com o doente, sendo que os fisioterapeutas começaram a demonstrar mais atenção e disponibilidade para com o doente em detrimento das questões técnicas. Esta alteração assenta na base dos CP, que sugere que os cuidados se devem dirigir mais ao doente do que à doença (Twycross, 2003).

Relativamente à avaliação das competências na área dos CP da equipa, constatei que as dimensões que registaram alterações mais significativas foram o controlo de sintomas, especificamente a dor e a comunicação. Como referido anteriormente, são as áreas em que os profissionais mais aplicam os princípios dos CP e nas quais demonstram mais dificuldades.

Após a conclusão do projeto de intervenção e análise dos resultados verificaram-se algumas limitações. A primeira limitação diz respeito ao questionário de avaliação do processo de interação fisioterapeuta-doente, uma vez que este questionário não se encontra ainda validado para a população portuguesa. Contudo o questionário foi utilizado devido à escassez de instrumentos de avaliação validados e porque durante a intervenção se pretendia uma avaliação qualitativa. A segunda limitação diz respeito ao uso de instrumentos estandardizados cientificamente testados e validados para avaliar sintomas, uma vez que não era expectável que todos os elementos da equipa utilizassem instrumentos de avaliação de sintomas. Embora este item conste no questionário relativo às competências dos profissionais na área dos CP, entregue a todos os profissionais, não era expectável que alguns profissionais, tais como os auxiliares técnicos de fisioterapia os utilizassem. Este item relaciona-se com as competências de profissionais com um nível de formação académica diferenciado, no caso dos auxiliares técnicos de fisioterapia, o uso de instrumentos de avaliação não se enquadra no seu perfil técnico/académico.

Em suma, os princípios dos CP podem ser aplicados num serviço de MFR, sendo na minha opinião pertinente que todos os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre estes cuidados. Após uma sessão de formação sobre este tipo de cuidados,

verificou-se uma alteração da prática realizada no serviço. Os profissionais afirmaram aplicar alguns princípios, começando a considerar outros fatores na sua interação com o doente.

Parte III

4. Temática Central - O papel do Fisioterapeuta nos Cuidados Paliativos

A Fisioterapia e os CP surgem como duas partes integrantes do tratamento multidisciplinar a doentes com doença crónica avançada. Partilham objetivos e abordagens terapêuticas, ambos possuem um modelo multidisciplinar de atendimento, que visa melhorar os níveis de função e conforto do doente (Santiago-Palma & Payne, 2001). Contudo, a reabilitação de doentes paliativos tem recebido pouca atenção, existindo pouca evidência para apoiar a sua eficácia. Assim, a opção sobre a principal área temática a aprofundar recai sobre o papel do fisioterapeuta nos CP - *“Ser terapeuta de um paciente que agoniza é conscientizar-se da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade.”* (Kubler-Ross (2005) citado por Sera & Izzo, 2008).

Os doentes em CP, tem como um dos aspetos centrais do seu tratamento o controlo de sintomas e a manutenção da função. Grande parte destes doentes possuem um comprometimento funcional, causado pela patologia e/ou tratamentos médicos (Frymark, Hallgren, & Reisberg, 2009). O controlo inadequado dos sintomas e a incapacidade funcional possuem um grande impacto psicossocial, causando sofrimento e prejudicando a sua qualidade de vida. A manutenção da autonomia funcional representa um dos pontos do conceito de dignidade do doente (Chochinov, 2002 citado por Neto, 2010). Quando uma pessoa está gravemente doente, a consciência de quão importante o seu corpo é para todas as experiências e emoções, torna-se óbvia. O estado do corpo define em que atividades o doente pode participar e o que pode fazer na sua vida quotidiana (Frymark, Hallgren, & Reisberg, 2009). Porém o declínio funcional é uma condição inerente ao desenrolar da maioria das doenças crónicas avançadas, deste modo, os doentes possuem uma maior probabilidade de depressão, diminuição da qualidade de vida, aumento das necessidades do cuidador, utilização de recursos de saúde e institucionalização (Santiago-Palma Payne, 2001). Schleinich et al (2008) realizaram um estudo com a finalidade de identificar os objetivos e prioridades dos doente em CP relacionadas com a reabilitação. O domínio físico foi o que obteve uma pontuação mais elevada, a produtividade e a cultura os que obtiveram uma pontuação mais baixa. Estes resultados confirmam que a independência física é um fator importante para doentes em CP e contribui para a sua qualidade de vida.

Existe um número crescente de evidência de que intervenções de reabilitação melhoram o estado funcional, qualidade de vida e sintomas como a dor e ansiedade

em doentes de CP (Santiago-Palma & Payne, 2001, Pyszora, Graczyk & Krajnik, 2009, Kumar & Jim, 2010, Girão & Alves, 2013). Deste modo, a Fisioterapia começa a ganhar um papel importante na equipa multidisciplinar de CP. A Fisioterapia presta cuidados a indivíduos e populações com o objetivo de desenvolver, manter e restituir o máximo movimento e capacidade funcional ao longo da vida. A sua prestação de serviços é realizada em condições onde o movimento e a função estão comprometidos pelo processo de envelhecimento, lesão, doença ou fatores ambientais. A Fisioterapia tem como principal objetivo a identificação e maximização do potencial de movimento. De modo a cumprir os seus objetivos, a Fisioterapia envolve a interação entre o fisioterapeuta, doente, familiares e prestadores de cuidados, num processo de avaliação de potencial de movimento e na definição de metas e objetivos atingíveis (WCPT, 2011). O fisioterapeuta é caracterizado no Decreto-Lei de nº 564/99, de 21 de dezembro, como *“centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da definição, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida”*. Deste modo a Fisioterapia complementa o tratamento paliativo. Quando é diagnosticada uma doença incurável, o doente e família aceitam a perda de função como algo inevitável e muitas vezes não fazem uso de funções ainda inatas (Frymark, Hallgren, & Reisberg, 2009). Segundo o *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Fulton & Else, 1997 citado por Kumar & Jim, 2010) o objetivo da Fisioterapia em CP é otimizar o nível de função física do doente, tendo em consideração a interação entre os domínios físico, psicológico, social e profissional.

A reabilitação específica para CP progrediu em direção à busca de funcionalidade ótima e conforto. Os seus objetivos não são universais e devem ser determinados de acordo com o prognóstico (Jorge, 2014). A reabilitação paliativa resulta do conceito de reabilitação no cancro de Dietz de acordo com estadio da doença. Dietz (1969) citado por Javier & Montagnini (2010) identifica quatro níveis de reabilitação: preventiva, restaurativa, de suporte e paliativa. A reabilitação preventiva consiste na tentativa de impedir ou atenuar a incapacidade funcional causada pelo cancro ou tratamento. A reabilitação restaurativa diz respeito ao esforço para reconduzir os doentes ao seu estado funcional antes da patologia, quando não existe comprometimento a longo prazo. Por seu lado, a reabilitação de suporte tem por objetivo maximizar a função após incapacidades permanentes causadas pelo cancro e/ou tratamentos. A reabilitação paliativa tem por objetivo a redução de dependência nas AVD's, em associação com a oferta de conforto e apoio emocional. Doentes com doenças progressivas e muitas vezes irreversíveis beneficiam de estratégias de reabilitação de suporte e paliativa (Javier & Montagnini, 2010). Laakso (2006) refere

também quatro níveis de intervenção do fisioterapeuta no campo da oncologia: prevenção, cuidados agudos e pós-agudos, reabilitação institucional e na comunidade e cuidados paliativos. A prevenção deve ser feita através de programas de exercícios e educação do doente/família, por sua vez os cuidados agudos e pós-agudos têm como objetivo restituir a função física após uma intervenção/tratamento. Na reabilitação institucional e na comunidade o fisioterapeuta intervém por meio de medidas simples que visam a reeducação da função. Nos cuidados paliativos, o fisioterapeuta utiliza técnicas específicas visando o controlo de sintomas e manutenção da mobilidade e função física de modo otimizar a qualidade de vida do doente e contribuir positivamente para o alívio da carga do cuidador.

Os CP não são limitados ao fim de vida, a abordagem paliativa é iniciada mais cedo, sendo dirigida a diferentes patologias e não exclusivamente a patologias oncológicas (Laakso, 2006). Deste modo, o fisioterapeuta intervém num vasto leque de patologias e em fases mais precoces, quando o doente tem uma maior capacidade de colaboração. Para além do cancro, patologias como o HIV, distúrbios neurológicos, doenças cardiovasculares e doenças mentais relatam uma melhoria na qualidade de vida e sensação de bem-estar com estes cuidados (Kumar & Jim, 2010). São diversos os estudos que documentam os benefícios da Fisioterapia em CP. Segundo Júnior & Reis (2007) a Fisioterapia desempenha um papel fundamental nos CP, na medida em que promove o controlo em diversos sintomas (dor, fadiga, dispneia, perda de funcionalidade e locomoção, disfunções músculo-esqueléticas, edema,...), maximiza as capacidades funcionais existentes, promove a educação e orientação dos cuidadores, mantém a autonomia dos doentes, gera conforto e incentiva o convívio do doente com a família e amigos. Também Girão & Alves (2013) referem que a participação do fisioterapeuta contribui de forma positiva na qualidade de vida, aliviando a dor e promovendo o bem-estar. Dahlin (2009) num estudo qualitativo demonstrou que a intervenção da Fisioterapia permitia que os doentes participem mais facilmente na sua rotina diária, criando uma sensação de independência, esperança e segurança. A sua motivação para a atividade física também melhorou. O impacto que a reabilitação pode ter na qualidade de vida de doentes com doença terminal, pode proporcionar o alívio de sintomas angustiantes e ter um efeito positivo sobre o nível de independência percebido pelo doente. Os doentes que recebem Fisioterapia são mais independentes em fases mais avançadas da doença (Laakso, McAuliffe & Cantlay, 2003).

Belchamber & Gousy (2004) através de um estudo qualitativo exploraram a perceção do doente com cancro sobre uma abordagem de CP de reabilitação. Os autores constataram que a capacidade funcional melhorou com a reabilitação, sendo que esta melhoria ocorreu através de uma complexa interligação entre terapias e fatores ambientais. Também Pyszora, Graczyk & Krajnik (2009) através de descrições de intervenções individuais de Fisioterapia, demonstraram que a Fisioterapia aplicada a doentes paliativos é de grande importância para o controlo de sintomas,

uma vez que minimiza as complicações e efeitos da doença e otimiza a condição dos doentes.

O fisioterapeuta intervém numa grande diversidade de sintomas, sendo os mais comuns a debilidade física e a dor (Montagnini, Lodhi & Born, 2003). Júnior e Reis (2007) mencionam um vasto leque de sintomas em que o fisioterapeuta pode intervir. Na revisão da literatura, os autores destacam como mais frequentes os seguintes sintomas: fadiga, dor, fraqueza, perda de funcionalidade, ansiedade, dispneia e acumulação de secreções. Embora não sejam descritas pormenorizadamente técnicas de Fisioterapia, são mencionadas na literatura quais as técnicas específicas de intervenção do fisioterapeuta. Kumar & Jim (2010) referem que a intervenção do fisioterapeuta se deve centralizar na assistência direta ao doente e na educação do doente, família e profissionais de saúde. A APF (2009) menciona a intervenção da Fisioterapia em CP, como sendo a seguinte: (1) alívio de sintomas comuns em doenças oncológicas – fraqueza muscular, fadiga, rigidez, dor e insuficiência respiratória, (2) Fisioterapia respiratória facilitando o controlo respiratório e prevenindo infeções, (3) aconselhamento sobre posicionamento e alívio de pontos de pressão, (4) apoio e tratamento paliativo em fase terminal.

O treino de mobilidade, o exercício e a educação do doente são as intervenções com mais referência na literatura (Santiago-Palma & Payne, 2001, Marcucci, 2005, Júnior & Reis, 2007, Javier & Montagnini, 2010, Cobbe & Kennedy, 2012, Florentino et al., 2012). Cobbe & Kennedy (2012) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar o perfil do fisioterapeuta no contexto hospitalar. Segundo os autores as intervenções mais utilizadas dizem respeito ao treino de mobilidade, das quais se destacaram o treino de marcha (67%), treino de transferências (58%) e exercício (53%). Em segundo lugar surge a educação do doente (18%) seguida do alívio da dor (17%) e da Fisioterapia respiratória (15%). Estes resultados demonstram que o treino de mobilidade parece ser o principal papel do fisioterapeuta nas unidades de CP, sendo que o controlo dos principais sintomas como a dor e sintomas respiratórios é feito através de medidas farmacológicas. Também Jensen et al. (2014) refere como intervenções mais utilizadas o exercício, o relaxamento e a Fisioterapia respiratória. A educação do doente é considerada também por alguns autores como um elemento central da Fisioterapia em CP (Santiago-Palma & Payne, 2001, Javier & Montagnini, 2010). Porém esta intervenção pode ser vista como comum a outros profissionais, como o enfermeiro, e desta forma não ser tão utilizada pelo fisioterapeuta.

Laakso, McAuliffe & Cantlay (2003) agrupam as intervenções do fisioterapeuta em três grupos: técnicas para controlo da dor e gestão de sintomas, ensino do doente e treino de mobilidade e independência. As principais técnicas para controlo da dor mencionadas são o TENS, massagem, termoterapia e mobilização (Florentino et al, 2012). Os sintomas respiratórios, como a dispneia e aumento de secreções pulmonares, podem também ser controlados por meio de técnicas de Fisioterapia.

Ozalevli et al. (2010) refere que exercícios de Fisioterapia respiratória, que incluam técnicas de controlo respiratório (expiração de lábios semicerrados) e exercícios respiratórios (exercícios de respiração torácica e diafragmática), melhoram a dispneia e fadiga em doentes com cancro do pulmão. Relativamente ao ensino, o fisioterapeuta pode aconselhar o doente no que diz respeito a posicionamentos, gestão da fadiga e controlo de sintomas como a dispneia (Marcucci, 2005). Para além do ensino ao doente, o fisioterapeuta desempenha também um papel importante no ensino do cuidador. Podem ser dadas indicações ao cuidador sobre o uso de equipamentos, como efetuar transferências, posicionamentos, mecanismos de prevenção de quedas e manutenção do equilíbrio (Javier & Montagnini, 2011). O treino de mobilidade tem por objetivo maximizar a independência do doente, dentro dos seus limites e estado funcional.

Ao abordar as questões físicas e de funcionalidade, o fisioterapeuta intervém também em questões emocionais, como a ansiedade, a perda de confiança e a baixa autoestima. Através do apoio ao doente e família, o fisioterapeuta ajuda-os a desenvolver estratégias de *coping* que visam a gestão da mudança física e forma como a doença progride (ACPOPC, 2009). O fisioterapeuta encontra-se numa posição privilegiada para incentivar o doente no desenvolvimento de uma abordagem construtiva à doença e/ou efeitos do tratamento. Na grande maioria das situações a visita do fisioterapeuta é algo positivo, que dá ao doente a possibilidade de fazer uma pausa no conhecimento de que a morte está próxima – uma espécie de tempo e espaço para respirar (Frymark, Hallgren, & Reisberg, 2009). A doença incurável conduz por vezes a atos médicos que se tornam dolorosos, o toque e o contato com o doente que a Fisioterapia proporciona, é um dos contatos corporais positivos que o doente experiêcia. Marcucci (2005) revela que a impossibilidade da cura estreita a relação profissional-doente o que pode trazer benefícios para ambos. O toque, o tempo de convivência e a partilha de sentimentos criam um vínculo entre o fisioterapeuta e o doente, que interfere de forma positiva no tratamento (Müller, Scortegagna & Moussalle, 2011).

A intervenção em CP difere da intervenção da Fisioterapia generalista, por vezes o fisioterapeuta encontra alguns desafios. Segundo Cobbe & Kennedy (2012) os grandes desafios do fisioterapeuta em CP são a suspensão do tratamento e as flutuações funcionais dos doentes. Dado a complexidade e caráter progressivo das doenças deste tipo de doentes, os seus objetivos e tratamento são ajustados diariamente. Em CP os objetivos devem ser realistas e realizáveis num curto espaço de tempo. Deste modo, o fisioterapeuta deve ser flexível e capaz de se adaptar à abordagem adequada e à condição de deterioração do estado de saúde do doente (Pyszora, Graczyk & Krajnik, 2009). Kasven-Gonzalez, Souverain & Miale (2010), constataram que os objetivos da Fisioterapia são bastante influenciados pelo estado funcional do doente. Os autores recomendam que os fisioterapeutas que trabalham em CP, reconheçam as limitações dos seus doentes e alterarem a sua intervenção de

forma a maximizar o seu sucesso. A condição do doente pode mudar drasticamente de dia para dia. Segundo Cobbe & Kennedy (2012) a flutuação funcional dos doentes é frequente, consequentemente os objetivos da intervenção da Fisioterapia mudam constantemente e a intervenção pode ser ajustada diariamente. Para além da flutuação funcional, a suspensão da intervenção representa também um desafio para o fisioterapeuta. Segundo Montagnini, Lodhi & Born (2003) 71% dos doentes suspendem a Fisioterapia por debilidade extrema.

A complexidade deste tipo de doentes e os desafios que o fisioterapeuta encontra, requerem formação específica. Deste modo, para integrar uma equipa de CP, é necessária formação específica quer pela elevada componente psicológica, quer pelas necessidades especiais destes doentes (Müller, Scortegagna & Moussalle, 2011, Girão & Alves, 2013). Laakso, McAuliffe & Cantlay (2003) constataram que a prestação de um serviço de Fisioterapia especializado resulta em níveis mais elevados de funcionalidade, qualidade de vida e satisfação do doente.

4.1. Estudos de caso: o papel do Fisioterapeuta nos Cuidados Paliativos

Como foi referido anteriormente, a Fisioterapia é parte integrante na assistência a doentes em CP. A sua intervenção visa melhorar o nível de função e conforto do doente, tendo em conta o seu estado clínico, físico, social e psicológico.

Deste modo, serão apresentados dois casos clínicos, nos quais intervimos durante a prática clínica, com o objetivo de refletir a importância da Fisioterapia nos CP, e demonstrar qual o papel do fisioterapeuta e a sua intervenção. A escolha destes casos deve-se ao fato representarem os desafios relacionados com a intervenção do fisioterapeuta, nomeadamente a alteração dos objetivos de intervenção e a variação da capacidade funcional dos doentes. Foram escolhidos com o propósito de demonstrar a intervenção do fisioterapeuta em diferentes áreas de intervenção. Assim, o primeiro caso – Sr. AS – diz respeito à intervenção na respiratória, enquanto que o segundo caso – Sr. BS – diz respeito à intervenção na demência.

4.1.1. Caso 1: Sr. AS

O Sr. AS de 72 anos, casado e com um filho, era militar da marinha reformado. Era ainda uma pessoa ativa que gostava muito de viajar, referia inclusive que após a alta ainda faria uma viagem. A esposa estava quase sempre presente e passava uma grande parte do tempo na companhia do doente. O filho também o visitava e o doente referia ter uma boa relação com este.

Como antecedentes pessoais apresentava: primoinfeção na adolescência, amputação do membro superior direito na guerra colonial, tabagismo desde há 50 anos (média 20 cigarros/dia) e insuficiência respiratória global – DPOC tabágica.

Era seguido desde Dezembro de 2013 devido a adenocarcinoma do pulmão com envolvimento mediastínico, cutâneo e ósseo incipiente. Desde então manteve-se em vigilância, uma vez que a sua debilidade e mau estado geral não proporcionavam benefício em iniciar tratamentos dirigidos à doença. Foi internado na UCCP do HL, a 31/1/2014, por um quadro de descontrolo sintomático, do qual se destacavam: dor na face posterior do hemitórax esquerdo, obstipação, dispneia/polipneia com cansaço a esforços mínimos e anorexia marcada. O controlo sintomático foi feito inicialmente através de medidas farmacológicas, e a Fisioterapia foi solicitada posteriormente.

Na primeira avaliação, o doente apresentava amplitudes de movimento sem alterações, colaborando nos exercícios propostos. Demonstrava cansaço fácil a pequenos/médios esforços, necessitando de ajuda nas AVD's e apoio unilateral no levante e transferências. Referia a presença de expectoração hemoptoica (sempre teve, mas naquele momento estava pior). Apresentava hipocratismo digital (dedos em baqueta de tambor), respiração paradoxal e polipneia com esforço respiratório a mínimos esforços (falar).

Os objetivos definidos, foram:

- 1) Melhorar o padrão respiratório;
- 2) Facilitar a remoção de secreções pulmonares;
- 3) Melhorar a resistência ao esforço;

De forma a alcançar os objetivos foi definida como intervenção: exercícios de Fisioterapia respiratória – ELPr e treino de resistência ao esforço (marcha no corredor). Uma semana após o início da intervenção o estado do doente melhorou, a tolerância ao esforço e o cansaço a pequenos/médios esforços melhoraram, sendo que a distância realizada como treino de marcha era cada vez maior e o doente referia menos cansaço. A tosse e a dispneia também diminuíram. O doente começou a fazer o levante e as transferências apenas com supervisão e o seu grau de dependência nas AVD's diminuiu. O doente era muito colaborante na intervenção, principalmente na marcha que lhe proporcionava a saída do quarto. Os objetivos do tratamento mantiveram-se até à segunda semana da intervenção e como apresentava já um bom controlo sintomático, foi programada a sua alta.

Num estudo realizado por Ozalevli et al. (2010), em doentes com cancro do pulmão em estado 3 e 4, um programa de reabilitação pulmonar em regime de internamento demonstrou ser efetivo no controlo sintomático. Os doentes realizaram um programa de reabilitação pulmonar que incluía técnicas de controlo respiratório (expiração de lábios semicerrados), exercícios respiratórios (exercícios de respiração torácica e diafragmática), relaxamento, mobilização, exercícios para os membros e TENS. Este programa de reabilitação pulmonar reduziu sintomas como a dispneia,

fadiga e dor, e melhorou a capacidade de exercício assim como a qualidade de vida. Também no caso deste doente os exercícios respiratórios proporcionaram um bom controlo sintomático, uma vez que uma semana após o início da intervenção, a dispneia e o cansaço tinham diminuído, e a resistência ao esforço tinha aumentado. Segundo Jensen et al. (2014), a Fisioterapia é viável em grande parte dos doentes com cancro em fase terminal, sendo as intervenções mais utilizadas o exercício, as terapias de relaxamento e os exercícios respiratórios. Os autores referem que a viabilidade e aceitação das diferentes intervenções dependem, do doente e das características do tumor, bem como do tipo de cuidados e objetivos do tratamento. No caso deste doente, o treino de marcha proporcionou efeitos a nível físico mas também a nível psicológico, uma vez que, proporcionava a saída do quarto. O exercício tem um papel importante em doentes com cancro.

Segundo Campbell, Foster & Stevinson (2012) o exercício é fundamental em todas as fases do cancro, desde a fase inicial do diagnóstico até ao estado avançado, onde estar ativo pode continuar a trazer benefícios à função física e qualidade de vida. As autoras referem que a atividade física na fase de cancro avançada, reduz os impactos negativos relacionados com a doença e ajuda a manter/melhorar a função física e bem-estar psicológico. Nesta revisão da evidência são referidos estudos realizados em doentes em CP, que concluem que o exercício é possível nestes doentes e oferece benefícios na função física, sintomatologia e qualidade de vida. Contudo é importante considerar a preferência do doente, o exercício deve ser recomendado de forma a permitir a independência funcional e a qualidade de vida durante a fase de fim de vida. Blaney et al (2010) referem a importância da definição dos exercícios em função da condição física, idade e variáveis médicas e de tratamento do doente. Segundo os autores, um plano de exercício gradual e com objetivos reais é um dos facilitadores à sua prática.

Contudo próximo da data de alta, o estado geral do doente agravou sendo a alta prorrogada. O doente apresentava-se polipneico em repouso, com cansaço fácil e dispneia ao falar. A sua colaboração na Fisioterapia respiratória diminui e começou a referir cansaço a pequenos esforços. As medidas farmacológicas de controlo sintomático foram reajustadas e foi introduzida a oxigenoterapia a 2L/mm quase permanente. Os objetivos da intervenção da Fisioterapia foram também alterados, visando agora a manutenção da qualidade de vida possível e a redução do impacto da doença. Os objetivos propostos para a terceira semana de intervenção, foram os seguintes:

- 1) Melhorar o padrão respiratório;
- 2) Medidas de conforto para manter as amplitudes articulares;
- 3) Melhorar resistência ao esforço;
- 4) Facilitar a execução das AVD's;

Tendo em conta a reformulação dos objetivos, foi definida uma nova intervenção: exercícios de Fisioterapia respiratória – ELPr, mobilização ativa-assistida global, exercícios de fortalecimento no cadeirão e ensino de estratégias de conservação de energia durante a execução das AVD's. Uma vez que o estado do doente se alterou, a intervenção também foi alterada tendo em conta as suas necessidades e a sua capacidade funcional. Os exercícios de Fisioterapia respiratória foram mantidos de forma a melhorar o seu padrão respiratório, contudo o treino de marcha no corredor foi suspenso. Foi introduzida a mobilização ativa-assistida de modo a manter as amplitudes articulares, uma vez que o doente permanecia no cadeirão e no leito, deambulando apenas para ir à casa de banho. A mobilização articular é uma das intervenções utilizada em CP como forma de prevenir complicações articulares e musculares, criadas pela inatividade física (Marcucci, 2004). Neste caso, como o estado do doente se agravou e este permanecia grande parte do tempo no leito/cadeira, a mobilização foi realizada com o intuito de prevenir as complicações decorrentes da inatividade física. Como alternativa ao treino de marcha, foram realizados exercícios de fortalecimento no cadeirão, de modo a promover uma maior resistência ao esforço. Foram também ensinadas ao doente estratégias que permitissem conservar energia e diminuir o cansaço durante a execução das AVD's. Uma das funções do fisioterapeuta é antecipar complicações decorrentes do estado de saúde do doente e promover a sua reinserção nas AVD's (Marcucci, 2004). Deste modo, estratégias como executar, sempre que possível, as AVD's sentado, fazer descansos frequentes, guardar em fácil acesso objetos que utiliza frequentemente, pode facilitar as tarefas do doente (Santiago-Palma & Payne, 2001).

Um dos grandes desafios da intervenção neste caso, foi a alteração dos objetivos. Tal como refere Cobbe & Kennedy (2012), a constante alteração dos objetivos da intervenção, representa um desafio para o fisioterapeuta em CP. Os objetivos mudam constantemente e as intervenções podem ser ajustadas diariamente. Müller Busch (2004) citado por Gonçalves, Neto & Marques (2008) divide a prestação de cuidados em quatro fases: reabilitativa, pré-terminal, terminal e final e, consoante cada uma destas fases a intenção do tratamento paliativo será diferente, no entanto o objetivo fulcral dos CP mantém-se inalterado. Acompanhei este doente durante a fase reabilitativa e pré-terminal. Foi um desafio constatar a alteração dos objetivos ao longo a intervenção. Nos primeiros dias foi feito treino de resistência ao esforço e o doente deambulava pelo corredor, nos últimos dias da minha intervenção apenas era executada mobilização articular e técnicas de Fisioterapia respiratória. Foi possível constatar a alteração da intervenção da Fisioterapia no mesmo doente consoante a fase de cuidados em que este se encontrava. A primeira impressão é de que os objetivos se estabelecem no sentido decrescente, no entanto verifica-se que tanto os objetivos como a intervenção apenas se adaptam às necessidades físicas e emocionais do doente. Em CP os objetivos devem ser realistas e realizáveis num curto espaço de tempo. O fisioterapeuta deve ser flexível e capaz de se adaptar à abordagem adequada e à condição de deterioração do estado de saúde do doente (Pyszora, Graczyk & Krajnik, 2009).

Neste caso a Fisioterapia desempenhou um papel importante no controlo de sintomas. Uma semana após o início da intervenção, a tolerância ao esforço e o cansaço a pequenos/médios esforços melhoraram, a tosse e a dispneia também diminuíram. A Fisioterapia contribuiu para a redução das medidas farmacológicas em diferentes fases da intervenção. Na fase inicial os SOS para a dispneia foram reduzidos, quando o estado de saúde do doente se agravou a Fisioterapia contribuiu para a redução da utilização da oxigenoterapia. Outro ganho em saúde neste caso, foi a satisfação do doente, a melhoria da tolerância ao esforço permitia-lhe sair do quarto, mas também lhe facilitou pequenas tarefas como conseguir conversar sem cansaço.

4.1.2. Caso 2: Sr. BS

O Sr. BS de 86 anos, casado, residia no domicílio com a esposa com doença de Alzheimer e apoio de uma cuidadora durante 24 horas. Tinha um filho que o visitava frequentemente.

Era seguido por demência de corpos de Lewy com pelo menos 3 a 4 anos de evolução. Como antecedentes pessoais apresentava: fibrilhação auricular crónica, doença de Paget, hipertensão arterial, angina de peito, prótese total do joelho direito em 2011 e nefrectomia parcial.

Foi internado na UCCP do HL a 11/2/2014, por um quadro de agravamento confusional e de inquietação. O controlo sintomático da inquietação foi feito através de medidas farmacológicas, e a Fisioterapia foi solicitada para manter a capacidade funcional do doente.

Na primeira avaliação, o doente apresentava amplitudes articulares e força muscular sem alterações significativas. Tinha um padrão de marcha parkinsónica. Era colaborante, tinha um discurso com nexos, mas por vezes a linha de raciocínio perdia-se. Era totalmente dependente nas AVD's e necessitava de apoio bilateral nas transferências.

A demência resulta de uma disfunção cerebral de natureza crónica e progressiva, na qual ocorrem perturbações de diversas funções cognitivas. O comprometimento das funções cognitivas interfere com as AVD's, ocorrendo progressivamente um declínio funcional e perda da autonomia e independência (Weirather, 2010). A intervenção nestes doentes tem como objetivos melhorar a sua mobilidade geral e maximizar a sua autonomia, dentro das suas capacidades. Deste modo, os objetivos definidos, foram:

- 1) Promover a mobilidade geral;
- 2) Melhorar a mobilidade no leito e transferências;
- 3) Melhorar o padrão de marcha;

De forma a alcançar os objetivos foi definida como intervenção: fortalecimento muscular global, treino de transferências (leito-cadeirão) e treino de marcha com apoio bilateral/andarilho. Uma vez que se tratava de um doente em fase reabilitativa, a intervenção visava melhorar a capacidade funcional do doente. A mobilização e o treino de marcha tinham grande importância, uma vez que, evitam perdas de função e melhoram a autonomia nas atividades do doente (Kumar & Jim, 2010). Para além da função motora, a atividade física tem também efeito na função cognitiva, Laurin et al. (2001) afirmam que a prática de atividade física regular, reduz o défice cognitivo. Os autores mencionam uma relação inversamente proporcional entre a prática de atividade física e o risco de défice cognitivo presente na demência. Também Heyn, Abreu & Ottenbacher (2004) através de uma meta-análise, constataram que o exercício melhora a aptidão física e a função cognitiva em doentes com demência. Contudo, os autores alertam para a necessidade de estabelecer qual a forma de motivar os doentes com demência a fazer exercício regularmente, e quais os exercícios adequados à sua condição. Em contexto de CP, Montagnini, Lodhi & Born (2003) constataram que doentes com diagnóstico de demência eram mais propensos a melhorar o seu estado funcional que doentes sem um diagnóstico de demência. Os doentes com deficiência cognitiva tinham mais limitações funcionais, porém foram capazes de obter mais ganhos funcionais com a Fisioterapia. Segundo os autores sem esta intervenção, estes doentes poderiam não ter alcançado qualquer ganho funcional. Este estudo conclui que o défice cognitivo não deve ser considerado um impedimento à reabilitação em CP. Neste tipo de doentes, as habilidades funcionais podem ser perdidas prematuramente, e por conseguinte a intervenção da Fisioterapia pode prevenir estas perdas.

Três dias após o início da intervenção, o quadro confusional e de inquietação do doente piorou. As medidas farmacológicas foram reajustadas e o doente tinha necessidade de fazer diversos SOS para reduzir a inquietação. Após o reajuste das medidas farmacológicas, o doente encontrava-se muito sonolento e prostrado, com uma discreta inquietação. Era pouco colaborante, reativo quando solicitado, porém com uma fala arrastada e um discurso imperceptível. Os objetivos da intervenção foram alterados, visando apenas cuidados de conforto. Os objetivos propostos foram:

1) Medidas de conforto para manter as amplitudes articulares e evitar a formação de úlceras de pressão, tendo atenção à alternância de decúbitos.

Tendo em conta a reformulação dos objetivos, a intervenção definida foi: mobilização passiva global e alongamento passivo da cadeia posterior dos membros inferiores. A intervenção definida, teve por base o caráter preventivo do fisioterapeuta (Marcucci, 2004). A prostração e o tempo que passava no leito, poderia conduzir à imobilização do sistema músculo-esquelético e por conseguinte criar alterações nos diferentes tipos de tecidos. Deste modo, a mobilização articular e alongamento passivo foram utilizados para intervir na diminuição da mobilidade (Florentino et al., 2012). Monteiro (2014) refere que a mobilização é utilizada em

doentes com demência com o objetivo de combater a perda de massa muscular, lutar contra a rigidez articular e espasticidade.

Neste caso existiu uma grande dificuldade em ajustar a medicação, nomeadamente os neurolépticos, de forma a controlar o quadro de inquietação. O doente alternava períodos de inquietação com períodos de grande prostração e sonolência. Este quadro de prostração manteve-se até ao ajuste da medicação no final da terceira semana de intervenção. Após o ajuste das medidas farmacológicas surtir efeito, o doente ficou mais desperto e colaborante, ainda com alguma confusão e inquietação, mas sem necessidade de SOS. O doente mantinha a dependência nas AVD's, porém realizava levantar com apoio unilateral e marcha com andarilho. Os objetivos foram novamente redefinidos:

- 1) Promover a mobilidade geral;
- 2) Melhorar a força muscular;
- 3) Melhorar a mobilidade no leito e transferências;
- 4) Melhorar o padrão de marcha;

A intervenção definida foi a seguinte: mobilização ativa-assistida global, fortalecimento global, exercícios no cadeirão com bolas, treino de transferências (leito-cadeira), treino de marcha com andarilho.

Tal como no caso anterior, a constante alteração dos objetivos foi um grande desafio. Porém aliada à alteração dos objetivos, esteve também a variação da capacidade funcional do doente. Tal como no estudo de Kasven-Gonzalez, Souverain & Miale (2010), é possível constatar que os objetivos da Fisioterapia são bastante influenciados pelo estado funcional do doente. Os autores recomendam que os fisioterapeutas que trabalham em CP, reconheçam as limitações dos seus doentes e alterarem a sua intervenção de forma a maximizar o seu sucesso. A condição do doente pode mudar drasticamente de dia para dia. Segundo Cobbe & Kennedy (2012) a flutuação funcional dos doentes é frequente, consequentemente os objetivos da intervenção da Fisioterapia mudam constantemente e a intervenção pode ser ajustada diariamente. Os objetivos mudam ao longo de cada fase da doença, portanto é missão do fisioterapeuta ajudar o doente em cada fase da doença, definindo objetivos e esperanças realistas e alcançáveis. O ajuste das medidas farmacológicas constituiu também um desafio à intervenção no caso deste doente, uma vez que a grande variação da capacidade funcional era consequência do ajuste das medidas farmacológicas.

No caso do Sr. BS a Fisioterapia teve um papel importante na prevenção das alterações decorrentes da imobilização – perda de massa muscular e rigidez articular. Quando as medidas farmacológicas foram ajustadas, a intervenção da Fisioterapia permitiu melhorar a capacidade funcional do doente, prevenindo a perda funcional precoce que ocorre na demência.

Parte IV

5. Revisão Sistemática da Literatura

5.1. Resumo

PROBLEMÁTICA: As doenças reumáticas são a origem mais frequente de dor crónica, e a principal causa de dependência e diminuição da qualidade de vida. Para além disso, doenças como a artrite estão fortemente ligadas à dor no fim de vida. Uma vez que, o tratamento da dor crónica de origem não maligna é ainda uma área débil na prestação de cuidados, é necessário aprofundar conhecimentos nesta área.

OBJETIVOS: Os objetivos definidos foram identificar as estratégias não farmacológicas no alívio da dor em doenças reumáticas e descrever as técnicas utilizadas por fisioterapeutas, que permitem um alívio da dor neste tipo de doenças.

DESENHO: Revisão sistemática da literatura.

MÉTODOS: Na revisão da literatura foram incluídos 11 artigos, 4 de fonte primária e 7 de fonte secundária (revisões sistemáticas da literatura), publicados no horizonte temporal entre 2008 e 2014, pesquisados a partir de bases de dados de referência e texto integral.

RESULTADOS: Este estudo identificou as seguintes estratégias não farmacológicas: exercício e eletroterapia. O exercício foi a estratégia mais mencionada na literatura, demonstrando um alívio eficaz da dor, porém a sua execução e elaboração de programas de exercício requer a análise por parte do fisioterapeuta, da morbilidade e mobilidade individual de cada doente. A eletroterapia também é eficaz e deve ser utilizada como adjuvante de outras técnicas, uma vez que produz essencialmente efeitos a curto prazo. As técnicas que demonstraram ser mais eficazes foram o TENS, a estimulação elétrica neuromuscular, o laser de baixa intensidade, o ultra-som e a diatermia.

CONCLUSÕES: O controlo da dor reumática deve ser sempre individualizado, tendo por base a doença subjacente, as características da dor, o estado psicossocial e os objetivos do doente. A fisioterapia desempenha um papel importante no tratamento destas doenças, uma vez que o seu principal objetivo é restabelecer o funcionamento físico ideal.

Palavras Chave: dor, doenças reumáticas, estratégias não farmacológicas, fisioterapia, cuidados paliativos

5.2. Introdução

A dor é um dos sintomas mais frequentes em contexto de doença, sendo referida pela Direção Geral de Saúde como o *5ª Sinal Vital*. A *International Association for the Study of Pain* (IASP), define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual e a variáveis emocionais ou cognitivas, onde a dor não depende de um dano tecidual. Particularmente a dor crónica, representa uma das experiências mais penosas para muitos doentes e cuidadores envolvidos. O carácter constante da dor, tem influência quer na deterioração da qualidade de vida, quer na atitude negativa face à doença. Pina (s/d) refere a existência de diversos estudos, que comprovam o aumento progressivo e proporcional da prevalência da dor crónica em relação à idade. Nos idosos, a dor crónica é frequentemente resultado de alterações estruturais originadas por doença. O sistema músculo-esquelético costuma ser a origem mais frequente de dor crónica, e a principal causa de dependência e diminuição da qualidade de vida. De acordo com a DGS (2004), em Portugal, as doenças reumáticas constituem a primeira causa de incapacidade temporária, sendo responsáveis por 17% dos casos de acamamento definitivo, 26% dos casos com necessidade de utilização de cadeira de rodas e 30% dos casos de mobilidade limitada.

As doenças reumáticas são definidas pela DGS (2004), como doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática. Incluem as doenças inflamatórias (do sistema musculoesquelético, do tecido conjuntivo e dos vasos), as doenças degenerativas (das articulações periféricas e da coluna vertebral), as doenças metabólicas (ósseas e articulares), as alterações dos tecidos moles periarticulares e as doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionados com as anteriores. Estas doenças podem ser classificadas em agudas, recorrentes ou crónicas, afetando indivíduos de todas as idades e, quando não diagnosticadas ou tratadas corretamente, podem causar repercussões físicas, psicológicas, familiares, sociais e económicas graves (Canhão & Branco, 2013). As suas manifestações clínicas como, por exemplo, a dor, a tumefação e a limitação da mobilidade, são frequentes na população em geral. Contudo a sua prevalência é maior no sexo feminino e aumenta com a idade, sendo mais frequente nos indivíduos idosos (Branco, Nogueira & Contreiras, 2005). Segundo os autores as doenças reumáticas mais comuns na população idosa são a osteoartrose, a artrite reumatoide e a osteoporose, sendo que estes referem as duas primeiras como as patologias mais frequentes e que causam maior incapacidade e comorbilidade.

Nas últimas décadas, foram feitos grandes avanços no tratamento das doenças reumáticas. O desenvolvimento de novas terapias baseadas em evidência e suportadas pela pesquisa, melhorou o prognóstico e reduziu a mortalidade nestas doenças. Porém, o sucesso no tratamento das doenças reumáticas, não deve esconder o fato de que algumas delas são doenças que ameaçam a vida e, ainda hoje, os doentes

podem morrer precocemente com elas. Como foi referido anteriormente, trata-se de um grupo de doenças crónicas, em que a dor é um dos sintomas sempre presente. Smith et al. (2010), numa pesquisa sobre a epidemiologia da dor durante os dois últimos anos de vida, constataram que a dor músculo-esquelética possui um grande impacto nos últimos meses de vida. Os autores verificaram que, não só a presença de artrite foi o maior preditor de dor para os doentes idosos nos últimos dois anos de vida, mas também que a associação entre a artrite e a dor foi maior no último mês antes da morte. Nesse momento, 60% dos doentes com artrite tinha dor, em comparação com 26% dos doentes sem artrite. A associação da dor com a artrite revelou ser mais forte do que para qualquer outro diagnóstico terminal, incluindo o cancro, doenças cardíacas ou outras. Também Lillie et al (2013) demonstrou que a dor músculo-esquelética é uma questão importante no fim de vida. Segundo os autores, a dor músculo-esquelética é comum nos idosos em fim de vida e pode ter um impacto considerável na experiência de cada indivíduo, sobretudo porque grande parte das intervenções de primeira linha não se aplicam ao fim de vida. Segundo Dalacorte, Rigo & Dalacorte (2011) a dor nos idosos pode ser aliviada através do uso de analgésicos em conjunto com estratégias não farmacológicas. Os autores mencionam que o tratamento não farmacológico da dor no final de vida tem sido pouco utilizado e explorado. A falta de evidência científica para o uso destes recursos dificulta a sua aplicação como ferramentas eficazes para o tratamento da dor. Porém, estes métodos não invasivos podem ser de grande importância para os doentes que sofrem de dor.

A evidência científica sobre a dor músculo-esquelética em indivíduos idosos, demonstra a importância dos cuidados paliativos neste tipo de doenças, uma vez que estes doentes também necessitam de uma intervenção centrada na filosofia paliativa. Desde a fundação dos cuidados paliativos por Cicely Saunders, que estes se centram principalmente na gestão da doença maligna. No Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2004), a DGS define os cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais. Deste modo, atualmente os Cuidados Paliativos dirigem-se a diversos tipos de patologias e a doentes não só em fase terminal ou de fim de vida. Na América no ano de 2011, 62,3% dos doentes admitidos em cuidados paliativos tinham um diagnóstico de não-maligno (NHCPO, 2012). Existe uma clara necessidade de inclusão das doenças reumáticas na área de atuação dos Cuidados Paliativos, uma vez que estes doentes também têm sintomas descontrolados e angústia psicossocial na fase de aproximação da morte (Simon, Schwarz-Eywill & Bausewein, 2008). Segundo Lillie (2011), a literatura é escassa em orientação sobre o tratamento da dor na artrite em fim de vida. Esta fase não é mencionada em nenhuma *guideline* que considere os cuidados de saúde em doentes com artrite. A grande maioria das *guidelines*, define um planeamento do tratamento, tendo em conta a fase da doença, porém existe pouca referência sobre a melhor forma

de controlar a dor e outros sintomas em fases avançadas. As orientações dadas, habitualmente não são apropriadas a uma fase avançada, pois dão ênfase a estratégias como o exercício, perda de peso e educação para permitir um autocontrolo dos sintomas. Na fase de fim de vida, estas estratégias podem não se adequar ao doente, uma vez que o stress emocional e físico inerente ao fato de viver com uma doença progressiva incurável, pode interferir na capacidade para aderir a programas de exercício e autocontrolo da doença (Lillie,2001). Simon, Schwarz-Eywill & Bausewein (2008), definem como primeiro passo de atuação neste tipo de situações, a identificação dos doentes cuja evolução da doença torna necessário os Cuidados Paliativos. Segundo os autores, o objetivo da terapia deve ser alterado da cura para o tratamento paliativo, apenas se a doença reumática progrediu para um estado avançado ou se a sua evolução foi fulminante. Este processo é gradual e a introdução dos Cuidados Paliativos deve ser feita ainda durante a fase de tratamento. Existem ainda algumas dificuldades no controlo de sintomas nas doenças reumáticas em fase de fim de vida. Os CP tem um papel importante na melhoria da qualidade de vida destes doentes, contudo existem poucos dados sobre a prevalência e controlo de sintomas, assim como das necessidades dos doentes e cuidadores (Simon, Schwarz-Eywill & Bausewein, 2008). Por conseguinte, é importante considerar a adequação das opções de tratamento que podem reduzir a dor e melhorar a mobilidade na fase de fim de vida.

A Fisioterapia presta serviços a indivíduos e populações para desenvolver, manter e restaurar o movimento e capacidade funcional ao longo da vida (WCPT, 2011). Neste sentido, a Fisioterapia enquadra-se nas intervenções não-farmacológicas, dispondo de uma variedade de métodos terapêuticos para alívio da dor, constituindo um complemento ao tratamento farmacológico, com benefícios no alívio sintomático e na redução das doses de fármacos.

É neste sentido, que se considera importante a revisão da literatura existente sobre o controlo da dor reumática em contexto de doença crónica avançada. Colocando a questão central: Quais as estratégias não farmacológicas, utilizadas por fisioterapeutas, que permitem um alívio da dor em doenças reumáticas?, pretende-se reunir a evidência disponível sobre estratégias não farmacológicas no alívio da dor neste tipo de doentes. Deste modo, o estudo foi direcionado para conteúdos que parecem importantes neste âmbito, nomeadamente as técnicas que podem ser aplicadas por fisioterapeutas para alívio da dor reumática.

5.3. Metodologia

Esta revisão da literatura tem como finalidade aferir as estratégias não farmacológicas, utilizadas por fisioterapeutas, no alívio da dor em doenças reumáticas numa fase crónica avançada. Utilizando a estratégia PICOD – Paciente, Intervenção, Comparação, Resultado e Desenho do estudo foi formulada a seguinte

questão de partida: *Quais as estratégias não farmacológicas, utilizadas por fisioterapeutas, que permitem um alívio da dor em doenças reumáticas?*

De modo a responder à questão de partida, foram definidos os seguintes objetivos:

- 1) Identificar as estratégias não farmacológicas, utilizadas pelo fisioterapeuta, no alívio da dor em doenças reumáticas.
- 2) Descrever as estratégias não farmacológicas identificadas, que permitem um alívio da dor reumática.

Fontes de informação e estratégia de pesquisa

Com a finalidade de identificar estudos que correspondessem ao pretendido, foi desenhado um protocolo de pesquisa, definindo um conjunto de critérios de seleção dos mesmos.

Critérios de inclusão:

- a) Estudos em português, espanhol e inglês;
- b) Horizonte temporal de seis anos, uma vez que se verifica um número crescente de artigos científicos relacionados com doenças reumáticas e fisioterapia após o ano de 2008;
- c) Estudos que focam o controlo da dor reumática, mediante a intervenção do fisioterapeuta, que atua diretamente na prestação de cuidados;
- d) Estudos que incluam doentes em fase crónica avançada, uma vez que os cuidados paliativos não se dirigem somente a doentes em fim de vida. Segundo Davies (2004) citado por Neto (2010) a existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar necessidades de saúde pelo sofrimento associado, e deste modo justificar a intervenção dos cuidados paliativos, numa perspetiva de cuidados de suporte;
- e) Estudos que incluam as seguintes doenças reumáticas: osteoartrose, artrite reumatoide e osteoporose, uma vez que são as doenças mais comuns na população idosa (Branco, Nogueira & Contreiras, 2005);
- f) Estudos empíricos qualitativos e quantitativos.

Critérios de exclusão:

- a) Estudos escritos noutras línguas, sem tradução;
- b) Estudos que incluam outros profissionais que não o fisioterapeuta;
- c) Estudos que foquem a acupuntura ou a quiroprática, uma vez que não são técnicas exclusivas, nem específicas da Fisioterapia;
- d) Estudos com doentes em fase inicial da doença;

- e) Estudos que incluam doentes em pré ou pós-operatório;
- f) Estudos que incluam outras doenças reumáticas que não as mencionadas nos critérios de inclusão;
- g) Estudos que incluam crianças;
- h) Estudos que incluam medidas farmacológicas;

Os termos de pesquisa foram também definidos segundo a estratégia PICOD, não sendo definido nenhum grupo específico de comparação, de forma a permitir parâmetros de pesquisa mais amplos. O termo de pesquisa utilizado para definir a população foi “doenças reumáticas em fase crónica avançada”. As “técnicas de fisioterapia” foram utilizadas para definir a intervenção e o “alívio da dor” para definir o resultado. Na Tabela 11 encontra-se esquematizado o protocolo de pesquisa.

Tabela 11: Protocolo de pesquisa

				Termos de pesquisa
P	População	Quem foi estudado?	Indivíduos com doenças reumáticas em fase crónica avançada	Rheumatic disease – osteoarthritis (OA), rheumatoid arthritis (RA), osteoporosis (OP); advanced, end-of-stage, chronic Palliative care, end-of-life, terminal care Physical therapy (PT)/physiotherapy, rehabilitation Pain, pain relief
I	Intervenção	O que foi feito?	Técnicas de fisioterapia	
[C]	Comparações	Podem existir ou não	Podem existir comparações entre a intervenção da fisioterapia e a ausência de tratamento, entre a fisioterapia e o tratamento farmacológico ou entre diferentes técnicas de fisioterapia	
O	Resultado	Resultados, efeitos ou consequências	Controlo da dor	
D	Desenho do estudo	Como é que a evidência foi recolhida	Estudos empíricos qualitativos e quantitativos	

A pesquisa foi realizada entre Maio e Junho de 2014, em diferentes bases de dados online de referência e de texto integral, nomeadamente a Biblioteca do Conhecimento Online B-On, ScienceDirect®, PubMed-NCBI, PEDro e The Cochrane database. Como complemento foi utilizado o motor de busca Google®, quando o texto integral dos artigos não se encontrava disponível nas bases de dados. Cruzando os termos “*rheumatic disease*” e “*physical therapy*”, em diferentes bases de dados de artigos científicos, verifica-se um número crescente de literatura após o ano de 2008. Deste

modo, como foi referido nos critérios de inclusão, o horizonte temporal definido foi de seis anos, sendo revista a literatura científica publicada entre 2008 e 2014 inclusive.

Identificação e seleção dos estudos relevantes

Recorrendo aos idiomas de português e inglês, foram realizadas diferentes combinações de termos, resultando as diferentes equações de pesquisa que constam na tabela 12.

Tabela 12: Processo de pesquisa

Equação Pesquisa	B-On	Sience Direct	PubMed-NCBI	PEdro	The Cochrane
advanced OA AND PT AND pain	916	67	23	66	14
advanced RA AND PT AND pain	641	11	10	4	8
advanced OP AND PT AND pain	569	18	4	2	2

Na primeira fase da pesquisa, o processo tornou-se complexo devido ao elevado número de artigos, sendo estes um total de 2355 artigos. Aplicando os critérios presentes no protocolo de pesquisa, foram inicialmente revistos todos os títulos dos artigos e o seu número foi reduzido para 118 artigos. Após a leitura dos *abstracts*, o número de artigos foi reduzido para 37 artigos, uma vez que uma grande parte dos artigos focava o tratamento farmacológico da dor. Como resultado final, na última fase de seleção, em que os artigos foram lidos integralmente e os critérios de seleção foram aplicados na íntegra, o número de artigos foi reduzido para 11 (4 artigos (fonte primária) e 7 revisões sistemáticas da literatura (fonte secundária)) (Tabela 13). Dos artigos excluídos, a grande maioria não demonstrava resultados estatisticamente significativos, outros não focavam o alívio da dor como resultado principal ou incluíam apenas indivíduos com doença reumática em fase inicial.

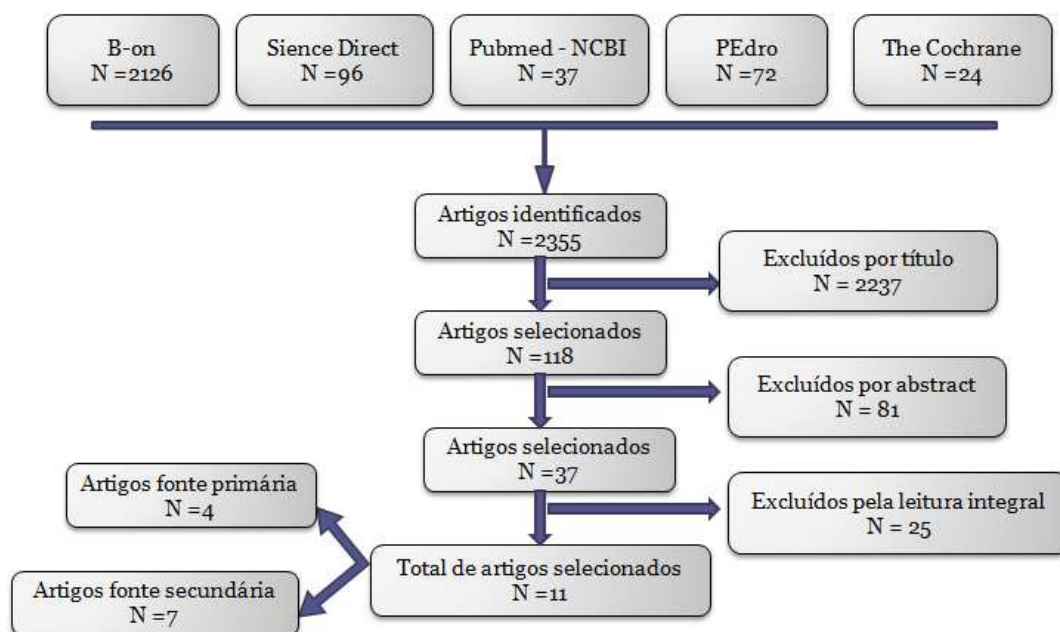
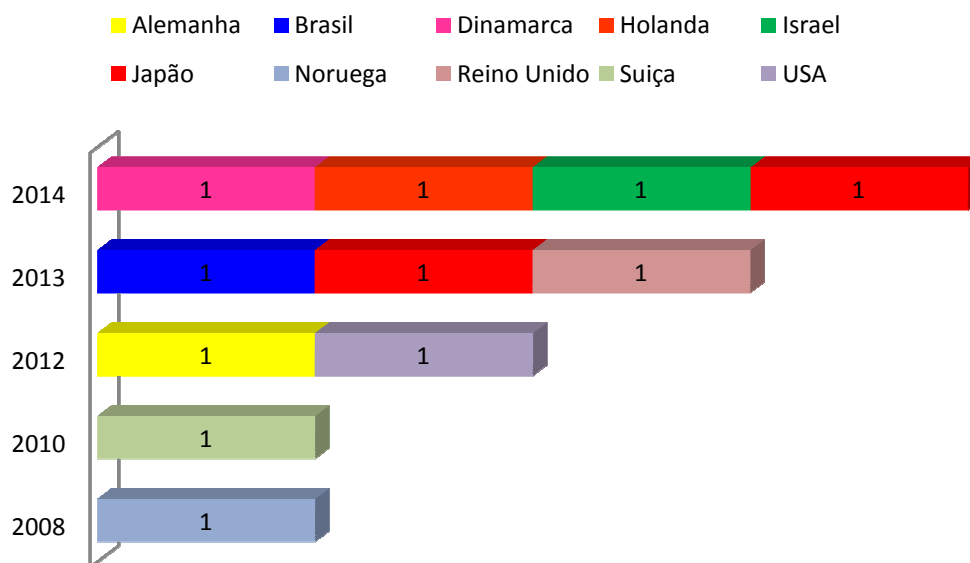


Figura 2 – Identificação e seleção dos estudos relevantes

Os aspetos relevantes associados a cada artigo são apresentados em apêndice sob a forma de quadro-resumo (Apêndice G). Observou-se uma elevada publicação de trabalhos na área da osteoartrose, e dentro desta, um maior número de trabalhos sobre osteoartrose do joelho. Associa-se este número de artigos ao fato de a osteoartrose ser a patologia reumática mais prevalente na população idosa. Para além disso, o número de artigos encontrados foi inferior ao esperado, daí a inclusão de tantos estudos secundários. Associa-se este acontecimento ao fato de as doenças reumáticas serem uma temática estudada, e o seu tratamento ser preferencialmente farmacológico e cirúrgico.

5.4. Resultados

Esta revisão sistemática da literatura foi elaborada com base em 11 estudos, 4 dos quais de fonte primária e 7 de fonte secundária, a maioria publicados recentemente, durante os anos de 2013 e 2014 (Tabela 13). Nenhum dos artigos selecionados tem origem na literatura científica portuguesa, podendo a sua distribuição ser analisada no gráfico 2.

Gráfico 2: Estudos por ano de publicação e país de origem

5.4.1. Estratégias não farmacológicas

O controlo da dor reumática deve ser sempre individualizado, tendo por base a doença subjacente, as características da dor, o estado psicossocial e os objetivos do doente (Fitzcharles, Lussier & Shir, 2010). A essência de toda a evidência para os cuidados das doenças reumáticas assenta na combinação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, tendo sempre em conta a eficácia e segurança de qualquer intervenção. Para além da redução da dor, a manutenção ou melhoria da função deve ser também um dos objetivos. Deste modo, a eficácia de qualquer tratamento, deve ser medida em termos de melhoria da dor e função (Fitzcharles, Lussier & Shir, 2010). O controlo da dor reumática deve ser feito de forma gradual, dependendo do estado da doença, da gravidade dos sintomas e da resposta a tratamentos prévios. A fisioterapia tem um papel importante no tratamento das doenças reumáticas, uma vez que o seu principal objetivo é restabelecer (ou manter) o funcionamento físico ideal. Deste modo, a fisioterapia é adequada à grande maioria dos doentes com doenças reumáticas crónicas que têm como principal sintoma a dor (Fransen, 2004). A fisioterapia dispõe de uma vasta gama de estratégias não farmacológicas para o tratamento destas doenças. Sendo habitualmente numa sessão de tratamento, utilizada a combinação das diferentes estratégias. O fisioterapeuta possui uma posição privilegiada pela sua proximidade ao doente, acompanha-o de perto e ao seu desempenho físico. Tem a capacidade de educar o doente sobre a melhor gestão das suas atividades da vida diária, e incentivar a adoção de atividades físicas regulares necessárias para reduzir o risco de comorbilidade associado a estas doenças (Fransen, 2004).

De acordo com a literatura revista, as estratégias não farmacológicas utilizadas por fisioterapeutas que demonstraram efetividade podem ser reunidas da seguinte forma: exercício e eletroterapia.

Exercício

A prática de exercício, desde que apropriado para a idade e condição física do doente, deve ser incentivada e é definida como um tratamento de primeira linha pela maioria das *guidelines* de tratamento das doenças reumáticas. Uma atividade física reduzida conduz à perda da força muscular, rigidez articular e consequentemente a dor. A prática de exercício possui alguns benefícios, tais como a melhoria da função muscular, a estimulação do processo de reparação da cartilagem, a redução do risco de patologia cardiovascular e a ativação do trajeto descendente inibitório da dor (Fitzcharles, Lussier & Shir, 2010). Contudo, atendendo às fases mais avançadas da doença reumática, o programa de exercícios definido deve ser individualizado e centrado no doente, tendo em conta fatores como a idade, morbidade e mobilidade individual. É frequente que indivíduos com doenças reumáticas apresentem comorbidades severas que impedem a sua referenciação para programas de exercício, ou o seu tratamento inadequado, reduzindo o nível de exercício que pode ser ineficaz. Rooij et al. (2014) desenvolveram protocolos de exercícios adaptados à comorbidade apresentada pelo doente. Estes protocolos possuíam alterações fisiológicas, comportamentais e ambientais. No mesmo estudo os autores determinaram a sua aplicabilidade e todos os protocolos demonstraram ser eficazes no alívio da dor em indivíduos com osteoartrose severa e moderada. Sendo o exercício um tratamento de primeira linha para as doenças reumáticas, nem todos os doentes são capazes de cumprir os programas de exercícios referidos na literatura como eficazes. A adaptação do tipo de exercício à severidade da patologia é fulcral na sua aplicação em fases mais avançadas.

Existem diversos tipos e programas de exercício, porém os mencionados nos estudos e que demonstraram efetividade no alívio da dor em doenças reumáticas são: o exercício aeróbico, o fortalecimento, exercícios de funcionalidade e exercícios com “sling”. O exercício aeróbico é referido em 5 dos estudos analisados (Jamtved et al., 2008; Juhl et al., 2014; Tanaka et al., 2013; Uthman et al., 2013 e Wang et al., 2012). O fortalecimento é também um dos tipos de exercício referido em diversos estudos, 6 dos estudos analisados (Jamtved et al., 2008; Juhl et al., 2014; Tanaka et al., 2014; Tanaka et al. 2013; Uthman et al., 2012 e Wang et al., 2012). Os exercícios de funcionalidade são mencionados apenas num estudo (Juhl et al. 2014), assim como os exercícios com “sling” (Schröder et al., 2012). Os exercícios com “sling” são referidos no estudo de Schröder et al. (2012), onde os autores relatam a importância de um programa de exercícios no controlo da dor lombar em indivíduos com osteoporose. Estes exercícios têm como objetivo a estabilização do tronco, sendo realizados com ajuda de cintas. O grupo de intervenção registou uma melhoria significativa da dor,

após a intervenção e no follow-up. Porém este tipo de exercícios não pode ser aplicado a todos os indivíduos com doença reumática, uma vez que se tratam de exercícios que requerem alguma agilidade e destreza física.

O tipo e frequência do exercício têm influência sobre o alívio da dor. Juhl et al. (2014) numa revisão sistemática, identificaram o exercício aeróbico, o fortalecimento do quadríceps e os exercícios de funcionalidade dos membros inferiores, como os mais eficazes no alívio da dor em indivíduos com osteoartrose do joelho. Segundo os autores os programas de exercício para a osteoartrose do joelho devem focar-se só num tipo de exercício, uma vez que demonstram uma maior efetividade do que os programas que reúnem diferentes tipos de exercícios. De modo a obter melhores resultados, os autores afirmam que a sessão deve ser supervisionada, realizando um programa de exercícios 3 vezes por semana, compreendendo pelo menos 12 sessões. Também Wang et al. (2012) referem que exercícios realizados sob a supervisão do fisioterapeuta, proporcionam um alívio da dor durante aproximadamente 3 meses. Tanaka et al. (2014) relatam igualmente a influência da frequência do exercício na sua eficácia. Segundo os autores, um programa de fortalecimento, realizado 4 vezes por semana, é eficaz no alívio da dor, mesmo 9 semanas após os tratamentos. O efeito do exercício na dor aumenta com o tempo, e a sua eficácia desaparece com a interrupção do exercício, ou seja, a prática contínua de exercício mantém a sua eficácia. Wang et al. (2012) referem também que o exercício aeróbico proporciona um alívio da dor a longo prazo (> 26 semanas). Através da sua meta-análise, os autores demonstraram que o fortalecimento possui um efeito constante no alívio da dor, mesmo 3 meses após o final dos tratamentos.

Jamtved et al. (2008) numa revisão da literatura, identificaram também o exercício aeróbico e o fortalecimento como eficazes no alívio da dor proveniente da osteoartrose do joelho. Os autores não referem a frequência do exercício, mas referem que tanto o exercício individual como o exercício em grupo são eficazes neste tipo de doentes. Uthman et al. (2013) não encontram diferenças significativas entre o exercício aeróbico, exercícios de fortalecimento e fortalecimento. Porém, segundo os autores intervenções que combinam os 3 tipos de exercício são mais efetivas no alívio da dor, quando comparadas com grupos sem qualquer intervenção. Este fato contradiz o estudo de Juhl et al. (2014) mencionado anteriormente, que afirma que os programas de exercício devem focar-se apenas num tipo de exercício. Ainda no que diz respeito aos 2 tipos de exercício mais citados, Tanaka et al. (2013) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de comparar a realização de exercício com os membros inferiores em carga ou na sua ausência. Segundo estes ambos os tipos de exercício são efetivos no alívio da dor, contudo os exercícios realizados em pé ou com o membro inferior em carga podem agravar os sintomas. Desta forma as posições de carga dos membros inferiores não devem ser sugeridas para os exercícios de fortalecimento. O exercício com o objetivo de alívio da dor deve ser realizado em condições de carga reduzida, tendo no entanto em atenção que, situações

permanentes de carga reduzida produzem efeitos negativos no metabolismo da cartilagem.

Eletroterapia

A eletroterapia diz respeito ao uso de corrente elétrica como terapêutica. Esta estratégia não farmacológica, engloba uma vasta gama de aparelhos elétricos, assim como a aplicação de calor/frio – termoterapia. A eletroterapia assenta no princípio de que a aplicação de energia externa altera os processos fisiológicos, aliviando a dor, reduzindo a inflamação e melhorando a função muscular. Através da estimulação sensorial, que aumenta o *input* aferente, a dor é aliviada pelo mecanismo de portão da dor e estimulação motora. Segundo Forestier et al (2009), a eletroterapia não deve ser utilizada isoladamente, mas sim como adjuvante de outras técnicas. Habitualmente o seu efeito é de curta duração, sendo indicada para aumentar a tolerância a terapias manuais ou exercício. A referência à eletroterapia nas doenças reumáticas é reduzida. Após a análise dos estudos incluídos, as formas de eletroterapia que demonstraram ser efetivas foram: a estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS), a estimulação elétrica neuromuscular, o laser de baixa intensidade, o ultrassom e a diatermia.

Em ambos os estudos que se referem à estimulação elétrica neuromuscular, esta encontra-se associada ao exercício. No ensaio clínico de Laufer, Shtraker & Gabyzon (2014), os resultados indicam que a adição de estimulação elétrica neuromuscular a um programa de exercícios, reforça os efeitos positivos do tratamento, principalmente no que diz respeito à dor. Porém, na avaliação 12 semanas após o tratamento os valores da dor mantiveram-se iguais para ambos os grupos, concluindo-se desta forma que a adição de estimulação elétrica neuromuscular a um programa de exercícios tem apenas vantagens a curto prazo. Por seu lado, Imoto et al. (2013) não encontraram evidência do uso da estimulação elétrica neuromuscular, uma vez que, em ambos os grupos do estudo a dor diminuiu, porém não existia uma diferença significativa entre os grupos.

Também o TENS e o laser de baixa intensidade demonstraram efetividade na redução da dor (Jamtyed et al., 2008). A diatermia por sua vez, evidenciou efeitos a curto prazo, uma vez que conduz a uma diminuição da dor por um período de 1 mês, no entanto 3 meses após o tratamento o seu efeito é reduzido (Wang et al, 2012). Relativamente ao ultra-som os autores referem que este conduz a uma melhoria a curto prazo da dor. Rutjes et al (2010) numa revisão da literatura menciona que o ultrassom é efetivo no alívio da dor na osteoartrose do joelho, porém não é possível avaliar a magnitude dos seus efeitos. Apesar da sua ampla utilização na fisioterapia, a evidência da sua eficácia clínica em indivíduos com patologia reumática é de fraca qualidade.

Tabela 13: Lista dos estudos considerados na revisão sistemática da literatura

Título do artigo	Autores	Referência Ano/País	Participantes	Desenho do estudo
Effects of neuromuscular electrical stimulation combined with exercises versus an exercise program on the pain and the function in patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial	Imoto, A. et al.	Biomed Research International 2013/ Brasil	100 Indivíduos com osteoartrose do joelho	Ensaio clínico randomizado
Physical therapy interventions for patients with osteoarthritis of the knee: an overview of systematic reviews	Jamtvedt, G. et al.	Physical Therapy, 88, 123-136 2008/ Noruega	Indivíduos com osteoartrose do joelho	Revisão sistemática
Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis	Juhl, C. et al.	Arthritis & Rheumatology, 66 (3), 622-636 2014/ Dinamarca	Indivíduos com osteoartrose do joelho	Revisão sistemática
The effects of exercise and neuromuscular electrical stimulation in subjects with knee osteoarthritis: a 3-month follow-up study	Laufer, Y., Shtraker, H. & Gabyzon, M.	Clinical Interventions in Aging, 9, 153-161 2014/ Israel	63 Indivíduos com osteoartrose do joelho	Ensaio clínico randomizado
Development of co morbidity-adapted exercise protocols for patients with knee osteoarthritis.	Rooij, M. et al.	Clinical Interventions in Aging, 4 (9), 829-842 2014/ Holanda	14 Indivíduos com osteoartrose do joelho e uma co morbilidade	Qualitativo - desenvolvimento de um protocolo
Therapeutic ultrasound for osteoarthritis of the knee or hip	Rutjes, A. et al.	Cochrane Database of Systematic Reviews, 1 2010/ Suíça	Indivíduos com osteoartrose da anca ou joelho	Revisão sistemática
Effects of physical therapy on quality of life in osteoporosis patients – a randomized clinical trial	Schröder, G. et al.	Health and Quality of Life Outcomes, 10 (101) 2012/ Alemanha	44 Indivíduos com osteoporose	Ensaio clínico randomizado
Effect of the frequency and duration of land-based therapeutic exercise on pain relief for people with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial.	Tanaka, R. et al.	Journal of Physical Therapy Science, 26, 969-975 2014/ Japão	Indivíduos com osteoartrose do joelho	Revisão sistemática e meta-análise

Tabela 13: Lista dos estudos considerados na revisão sistemática da literatura (continuação)

Título do artigo	Autores	Referência Ano/País	Participantes	Desenho do estudo
Efficacy of strengthening or aerobic exercise on pain relief in people knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial	Tanaka, R. et al.	Clinical Rehabilitation, 27 (12), 1059-1071 2013/ Japão	Indivíduos com osteoartrose do joelho	Revisão sistemática e meta-análise
Exercise for lower limb osteoarthritis: systematic review incorporating trial sequential analysis and network meta-analysis	Uthman, O. et al.	British Medical Journal 2013/ Reino Unido	Indivíduos com osteoartrose da anca e joelho	Revisão sistemática
Physical therapy interventions for knee pain secondary to osteoarthritis	Wang, S-Y. et al.	Annals of Internal Medicine, 157, 632-644 2012/ USA	Indivíduos com osteoartrose do joelho	Revisão sistemática

5.5. Conclusão

Frequentemente os cuidados paliativos são associados a doenças malignas, contudo atualmente esta ideia encontra-se em mudança, são já diversos os doentes com doenças não malignas que beneficiam da prática paliativa. As doenças reumáticas não devem ser exceção, uma vez que se tratam de doenças crónicas que têm uma evolução que pode culminar numa fase de descontrolo de sintomas, principalmente da dor. Deste modo, é importante perceber quais as diferentes formas de atuação durante a fase de doença crónica avançada. A fisioterapia tem um papel importante no tratamento das doenças reumáticas, uma vez que o seu principal objetivo é restabelecer o funcionamento físico ideal.

Independentemente da fase em que se encontra a doença, o controlo da dor reumática deve ser sempre individualizado, tendo em conta diferentes fatores (doença subjacente, características da dor, estado psicossocial, objetivos do doente). De acordo com a literatura revista, as estratégias não farmacológicas utilizadas por fisioterapeutas são as seguintes: exercício e eletroterapia. O exercício foi a estratégia mais mencionada na literatura, demonstrando um alívio eficaz da dor, porém a sua execução e elaboração de programas de exercício requer a análise por parte do fisioterapeuta, da morbilidade e mobilidade individual de cada doente. A eletroterapia também é eficaz e deve ser utilizada como adjuvante de outras técnicas, uma vez que produz essencialmente efeitos a curto prazo. As técnicas que

demonstraram ser mais eficazes foram o TENS, a estimulação elétrica neuromuscular, o laser de baixa intensidade, o ultrassom e a diatermia.

Verificou-se no entanto um reduzido número de evidência sobre as estratégias não farmacológicas em fases mais avançadas das doenças reumáticas, e a grande maioria dos estudos focam-se em fases mais precoces da doença.

A revisão sistemática da literatura apresenta algumas limitações, que se relacionam essencialmente com o protocolo de pesquisa. Embora este tenha sido elaborado segundo a estratégia PICOD, trata-se de um processo complexo que exige o uso de diversas formas de seleção de estudos.

Em suma, existe alguma variedade de estratégias não farmacológicas que podem ser utilizadas nas doenças reumatológicas em fase crónica avançada. Contudo, no que diz respeito à eletroterapia é necessária mais informação acerca dos parâmetros a utilizar. Relativamente às fases mais avançadas das doenças reumáticas, é necessária investigação futura sobre as estratégias não farmacológicas utilizadas para o alívio eficaz da dor.

6. Conclusão Geral

Depois de uma jornada de dois anos de aprendizagem, posso afirmar que os objetivos e as competências propostas foram alcançados e as minhas expectativas superadas. Escolhi este mestrado com o objetivo de melhorar a minha prática profissional, prestando melhores cuidados de saúde, mas também pelo desafio que o processo de morrer e o cuidar em fim de vida representam. Foi sem dúvida uma jornada que alterou para além da minha prática profissional, a minha maneira de ser, estar e até a minha maneira de olhar a vida.

Citando uma das suas definições mais populares, podemos afirmar que os CP são cuidados ativos e totais prestados a doentes e suas famílias, realizados, por equipas multidisciplinares, quando a doença já não responde a tratamentos curativos ou que prolongam a vida (Twycross, 2003). Assentam em quatro áreas chave fundamentais, sem as quais não se pode praticar CP de qualidade. Estas áreas são o controlo de sintomas, o trabalho em equipa, o apoio à família e a comunicação.

A prática assistencial teve lugar numa das unidades de referência de CP, distinguida diversas vezes por entidades competentes. Para além de todas as boas referências sobre esta unidade, a sua escolha deveu-se ao fato de ser uma das poucas que possui fisioterapeuta a tempo inteiro numa equipa de CP. Embora, durante a prática assistencial, tenha percebido o seu papel na equipa e a sua importância a tempo inteiro, esta é ainda uma realidade longínqua no nosso país. Na unidade onde realizei a prática assistencial, para além de todos os conhecimentos que adquiri, tenho a destacar o trabalho em equipa. Pude perceber a verdadeira essência de um trabalho em equipa, a total igualdade de respeito entre todos os profissionais.

Foi também possível treinar e aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos nas outras áreas chave. A comunicação demonstrou ser fundamental e presente em todas as outras áreas chave. Tive oportunidade de treinar as habilidades de escuta ativa e aprender a lidar com os sentimentos do doente. O controlo de sintomas e a intervenção específica da fisioterapia revelou-se um verdadeiro desafio. A constante alteração dos objetivos e o sentido decrescente da sua definição, alteraram as competências adquiridas previamente como fisioterapeuta “generalista”. Em relação ao apoio à família, tinha uma grande expectativa quanto à conferência familiar, porém não tive oportunidade de assistir a uma conferência.

Após constatar a importância da fisioterapia nos CP, achei pertinente aprofundar conhecimentos sobre o papel do fisioterapeuta nos CP, e tentar demonstrar essa mesma importância. Foi feita uma revisão da evidência existente sobre este tema e clarificado o papel do fisioterapeuta numa equipa de CP.

Os doentes em CP, têm como um dos aspetos centrais do seu tratamento o controlo de sintomas e a manutenção da função. Grande parte destes doentes

possuem um comprometimento funcional, causado pela patologia e/ou tratamentos médicos (Frymark, Hallgren, & Reisberg, 2009). O controlo inadequado dos sintomas e a incapacidade funcional possuem um grande impacto psicossocial, causando sofrimento e prejudicando a sua qualidade de vida. Quando uma pessoa está gravemente doente, a consciência de quão importante o seu corpo é para todas as experiências e emoções, torna-se óbvia. O estado do corpo define em que atividades o doente pode participar e o que pode fazer na sua vida quotidiana (Frymark, Hallgren, & Reisberg, 2009). Contudo, existe um número crescente de evidência de que intervenções de reabilitação melhoram o estado funcional, qualidade de vida e sintomas como a dor e ansiedade em doentes de CP. Deste modo, a Fisioterapia começa a ganhar um papel importante na equipa multidisciplinar de CP.

Outro grande desafio na elaboração deste trabalho, foi o projeto de intervenção. Durante o primeiro ano do Mestrado, constatei que os princípios e filosofia dos CP poderiam ser aplicados a diversos serviços que acolhem indivíduos que sofrem de doença crónica avançada. Deste modo, aceitei o desafio de transportar esta filosofia e forma de cuidar para o serviço onde trabalho. Através do uso de instrumentos de medida e avaliações da prática existente, pude constatar que a prática paliativa pode ser aplicada para além dos serviços de CP. Sendo que os cuidados prestados nesse contexto não podem ser apelidados de “verdadeiros” CP. Pude constatar também uma melhoria dos cuidados de saúde assente na sua humanização.

Realizei também uma revisão da literatura, subordinada ao tema “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em doenças reumáticas”. A escolha deste tema prende-se com a minha prática profissional e com o fato de numa grande maioria das situações, esta ser uma dor por vezes desvalorizada.

Terminada esta jornada e depois de consolidados diversos conhecimentos, considero que a minha prática profissional alterou-se, tornando-me uma melhor profissional e respondendo melhor a situações de doença crónica avançada que se tornam tão frequentes na prática. Considero-me também uma pessoa diferente e com uma visão mais ampla da vida.

Numa perspetiva futura, pretendo demonstrar a importância da filosofia dos CP na prática de cuidados de saúde, elaborando um artigo apresentando os dados da minha equipa de trabalho antes e depois da sessão de formação em serviço.

Referências Bibliográficas

- Agapito, C. & Silva, J. (2014). O Papel da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos. Em: Costa, A. & Othero, M. (Eds). *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 115-123). Loures: Lusodidacta
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência, II Série* (Número 9), 61-67
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – APCP (2006). *Organização de serviços em cuidados paliativos – Recomendações da APCP*. Acedido a 10 de Junho de 2013 em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/recomendaesorganizaodeservios-apcp.pdf>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – APCP (2006). *Critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos – Recomendações da APCP*. Acedido a 10 de Junho de 2013 em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/critriosdequalidade-2006-apcp.pdf>
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas – APF (2009). *Documento de Apoio à Integração dos Fisioterapeutas nos Cuidados Continuados*. Acedido a 20 de Março de 2014 em: <http://apfisio.pt/GrupoTrabalho/IntegracaoFisioterapeutas.pdf>
- Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care – ACPOPC (2009). *The role of physiotherapy in oncology and palliative care*. Acedido a 3 de Dezembro de 2013 em: http://www.acpopc.org.uk/acpopc/Young%20A5%20leaflet_Jun09%20b%20ref.pdf
- Balard, E. (2006). “Hit Pause” Helping dementia families deal with anger. *Duke family support program*. Duke Bryan Alzheimer disease research center. Acedido a 26 de Fevereiro de 2014 em: http://www.ncdhhs.gov/aging/ad/4545_Caregivers_booklet_3.pdf
- Baldo, G. (2008). Competências do fisioterapeuta no processo de interação com o paciente: proposta de um instrumento de avaliação. Dissertação de Curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção de Sistemas, Universidade Federal de Santa Catarina
- Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *An Sist Sanit Navar, Volume 29* (Suplemento3), 19-27
- Belchamber, C. & Gousy, M. (2004). Rehabilitative care in specialist palliative daycare centre: a study of patient’s perspectives. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, Volume 11* (Número 9), 425-434
- Bernardo, A., Rosado, J. & Salazar, H. (2010). Trabalho em equipa. Em: Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 761-783). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Blaney et al (2010). The cancer rehabilitation journey: barriers to and facilitators of exercise among patients with cancer-related fatigue. *Physical Therapy, volume 90* (Número 8), 1135-1147
- Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. *Pessoal Reflexão RH*, 60-63
- Branco, M., Nogueira, P., Contreiras, T. (2005). *Uma observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal continental*. Acedido a 20 de Maio de 2014 em: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/285/1/Relat%C3%B3rio%20preval%C3%Aancia%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B3nicas.pdf>
- Bruera, E. & Sweeney, C. (2002). Palliative care models: international perspective. *Journal of Palliative Medicine, Volume 5* (Número 2), 319-327

- Campbell, Foster & Stevinson (2012). *The importance of physical activity for people living with and beyond cancer: a concise evidence*. Acedido a 20 de Maio de 2014 em: <http://www.macmillan.org.uk/Documents/AboutUs/Commissioners/Physicalactivityevidencereview.pdf>
- Canhão, H. & Branco, J. (2013). Epidemiologia das doenças reumáticas. Em: Fonseca, J., Canhão, H., Queiroz, M. (Eds). *Reumatologia Fundamental* (pp. 1-5). Lisboa: LIDEL
- Capelas, M. L. & Neto, I. G. (2010). Organização de serviços. Em: Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 785-813). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Carvalho, C. (2008). A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Revista Brasileira de cancerologia, Volume 54* (Número 1), 97-102
- Chaturvedi, S., Loisel, C. & Chandra, P. (2009). Communication with relatives and collusion in palliative care: a cross-cultural perspective. *Indian J Palliat Care, Volume 15* (Número 1), 2-9
- Cobbe, S. & Kennedy, N. (2012). Physical function in hospice patients and physiotherapy interventions: a profile of hospice physiotherapy. *Journal of Palliative Medicine, Volume 15* (Número 7), 760-767
- Crawford, G. & Price, S. (2003). Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *MJA, Volume 179*, S32-S34
- Dahlin, Y. (2009). Patient's experiences of physical therapy within palliative cancer care. *Journal of Palliative Care, Volume 25*, 12-20
- Dalacorte, R., Rigo, J. & Dalacorte, A. (2011). Pain management in the elderly at the end of life. *North American Journal of Medical Sciences, Volume 3* (Número 8), 348-354
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa nacional de cuidados paliativos*. Acedido a 10 de Junho de 2013 em: http://www.hsm.minsaude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf
- Direcção Geral de Saúde – DGS (2004). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*. Acedido a 17 de Janeiro de 2014 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>
- Fitzcharles, M., Lussier, D. & Shir, Y. (2010). Management of chronic arthritis pain in the elderly. *Drugs & Aging, Volume 27* (6), p. 471-490
- Florentino, D. et al. (2012). A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, 50-57
- Flórez Lozano, J.A. (s/d). La comunicación verbal (CV) y no verbal (CNV)
- Forestier, R., et al (2009). Non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines. *Joint Bone Spine, Volume 76*, 691-698
- Fradique, E. (2010). Efectividade da Intervenção Multidisciplinar em Cuidados Paliativos. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Portugal
- Fransen, M: (2004). When is physiotherapy appropriate? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology, Volume 18* (4), 477-489
- Frymark, U., Hallgren, L. & Reisberg, A. (2009). *Physiotherapy in palliative care – a clinical handbook*. Acedido a 15 de Março de 2013 em: <http://www.stockholmssjukhem.se/Documents/SPN/Physiotherapy%20in%20palliative%20care%20-%20a%20clinical%20handbook.pdf>

Girão, M. & Alves, S. (2013). Fisioterapia nos cuidados paliativos. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP, Volume 5*, 34-41

Gonçalves, E., Neto, I. & Marques, L. (2008). Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – Comissão Parlamentar da Saúde. Acedido a 19 de Fevereiro de 2014 em:

http://www.apcp.com.pt/uploads/comissao_parlamentar_de_saude_2008_03.pdf

Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M. (2010). Apoio à família. Em: Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 751-759). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Gwyther, L. & Krakauer, E. (2009). WPCA Policy statement on defining palliative care. *Worldwide Palliative Care Alliance*. Acedido a 30 de Junho de 2014 em: <file:///C:/Users/utilizador/Downloads/WPCA%20policy%20defining%20palliative%20care%202011.pdf>

Heyn, P., Abreu, B. & Ottenbacher, K. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil, Volume 85*, 1694-1704

Imoto, A. et al. (2013). Effects of neuromuscular electrical stimulation combined with exercises versus an exercise program on the pain and the function in patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Biomed Research International*

INE (2012). Indicadores sociais 2011. Acedido em 27 de Junho de 2013 em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=133546054&DESTAQUESmodo=2

International Association for the Study of Pain – IASP (1994). Task Force on Taxonomy, Classification of chronic pain. Acedido a 15 de Setembro de 2013 em: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions#Pain

Jamtvedt, G. et al. (2008). Physical therapy interventions for patients with osteoarthritis of the knee: an overview of systematic reviews. *Physical Therapy, Volume 88*, 123-136

Javier, N. & Montagnini, M. (2011). Rehabilitation of the hospice and palliative care patient. *Journal of Palliative Medicine, Volume 14* (Número 5), 638-648

Jensen, W. et al (2014). Physical exercise and therapy in terminally ill cancer patients: a retrospective feasibility analysis. *Support Care Cancer, Volume 22*, 1261-1268

Jorge, L. (2014). Reabilitação em Cuidados Paliativos. Em: Costa, A. & Othero, M. (Eds). *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 63-76). Loures: Lusodidacta

Juhl, C. et al. (2014). Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatology, Volume 66* (Número 3), 622-636

Júnior, L. & Reis, P. (2007). Cuidados paliativos no paciente idoso: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. *Fisioterapia em Movimento, Volume 20* (Número 2), 127-135

Kasven-Gonzalez, N., Souverain, R. & Miale, S. (2010). Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: case report. *Palliative and Supportive Care, Volume 8*, 359-369

Kumar, S. & Jim, A. (2010). Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. *Indian J Palliative Care, Volume 16* (Número 3), 138-146

Laakso, E., McAuliffe, A. & Cantlay, A. (2003). The impact of physiotherapy intervention on functional independence and quality of life in palliative patients. *Cancer Forum, Volume 27* (Número 1)

- Laakso, L. (2006). The role of physiotherapy in palliative care. *Australian Family Physician, Volume 35* (Número 10), 781
- Laufer, Y., Shtraker, H. & Gabyzon, M. (2014), The effects of exercise and neuromuscular electrical stimulation in subjects with knee osteoarthritis: a 3-month follow-up study. *Clinical Interventions in Aging, Volume 9*, 153-161
- Laurin et al. (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol, Volume 58*, 498-504
- Lavy, V., Bond, C. & Wolldridge, R. (2009). Kit de ferramentas em cuidados paliativos. Melhoria dos cuidados desde o diagnóstico da doença crónica, em contexto de recursos limitados. *The Worldwide Palliative Care Alliance*. Acedido em 25 de Agosto de 2014 em: <file:///C:/Users/utilizador/Downloads/Juego%20de%20Herramientas%20Portugues-.pdf>
- Lillie, A. (2011). The challenge of Caring for arthritis at the end of life. *Musculoskelet. Care, Volume 9*, 239-242
- Lillie, A. et al. (2013). Musculoskeletal pain in older adults at the end-of-life: a systematic search and critical review of the literature with priorities for future research. *BMC Palliative Care, Volume 12* (Número 27)
- MacDonald, N. (2002). Redefining symptom management. *Journal of Palliative Medicine, Volume 5* (Número 2), 301-304
- Maciel, M. (2008). Definições e Princípios. Em: *Cuidado Paliativo*. São Paulo: CREMESP
- Marcucci, F. (2005). O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia, Volume 51* (Número 1), 67-77
- Meier, D. & Beresford, L. (2008). The palliative care team. *Journal of Palliative Medicine, Volume 11* (Número 5), 677-681
- Montagnini, M., Lodhi, M. & Born, W. (2003). The utilization of physical therapy in a palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine, Volume 6* (Número 1), 11-17
- Monteiro, M. (2014). Fisiatria com Doentes Neurológicos e Demência. Em: Costa, A. & Othero, M. (Eds). *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 181-184). Loures: Lusodidacta
- Moura, C. (2011). *A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética*. 1ª Ed. Lisboa: Coisas de Ler
- Müller, A., Scortegagna, D. & Moussalle, L. (2011). Paciente oncológico em fase terminal: percepção e abordagem do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Cancerologia, Volume 57* (Número 2), 207-215
- National Hospice and Palliative Care Organization – NHPCO (2012). NHPCO Facts and Figures: Hospice care in America. Acedido a 15 de Setembro de 2013 em: http://www.nhpc.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2012_Facts_Figures.pdf
- Neto, I. G. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. Em: Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 1-42). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Neto, I. G. A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, Volume 10*, 68-74
- Ngo-Metzger, Q., August, K., Srinivasam, M et al. (2008). End-of-Life Care: Guidelines for Patient-Centered Communication. *American Family Physician, Volume 77* (Número 2), 167-174
- Osswald, W. (2013). *Sobre a morte e o morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Othero, M. & Costa, A. (2014). Conceitos, princípios e formação em Cuidados Paliativos. Em: Costa, A. & Othero, M. (Eds). *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 63-76). Loures: Lusodidacta

Ozalevli, S. et al. (2010). The effect of in-patient chest physiotherapy in lung cancer patients. *Support Care Cancer, Volume 18*, 351-358

Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasu

Pina, P. (s/d). Generalidades e Especificidades sobre a Dor Crónica. Em: *Manual de Dor Crónica* (pp. 23-62). Fundação Grünenthal

Pinho, M. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciência & Cognição, Volume 8*, 68-87

Portugal. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade: Decreto-Lei nº. 564/99. DR SÉRIE I-A de 1999-12-21. Acedido a 15 de Maio de 2014 em: <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19994421%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=%27Decreto-Lei%27&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>

Pyszora, A., Graczyk, M. & Krajnik, M. (2009). What is the role of a physiotherapy in palliative care? Cases report. *Advances in Palliative Medicine, Volume 8* (Número 1), 31-34

Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2010). Comunicação. Em: Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Ribeiro, L. (2011). As competências dos profissionais em cuidados paliativos. Trabalho de projeto para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

Rooij, M. et al. (2014). Development of co morbidity-adapted exercise protocols for patients with knee osteoarthritis. *Clinical Interventions in Aging, Volume 4* (9), 829-842

Ruiz-Benítez de Lugo, M. & Coca, M. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncologia, Volume 5* (Número 1), 53-69

Rutjes, A. et al. (2010). Therapeutic ultrasound for osteoarthritis of the knee or hip. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Volume 1*

Santiago-Palma, J. & Payne, R. (2001). Palliative care and rehabilitation. *Cancer Supplement, Volume 92* (Número 4), 1049-1052

Santos, C. & Ribeiro, J. (2001). A qualidade de vida do doente oncológico – Revisão da bibliografia. *Revista Referência, Número 7*, 5-16

Saunders, C. (2013). *Velai comigo – “Watch with me” : inspiração para uma vida em cuidados paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Editora

Schleinich, M. et al (2008). Palliative care rehabilitation survey: a pilot study of patient's priorities for rehabilitation goals. *Palliative Medicine, Volume 22*, 822-830

Schröder, G. et al. (2012). Effects of physical therapy on quality of life in osteoporosis patients – a randomized clinical trial. *Health and Quality of Life Outcomes, Volume 10* (Número 101)

Sera, C., Izzo, H. (2008). Fisioterapia. Em: *Cuidado Paliativo*. São Paulo: CREMESP

Sociedade Española de Cuidados Paliativos – SECPAL (s/d). *Guia de Cuidados Paliativos*. Acedido a 15 de Março de 2013 em: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>

Simon, S., Schwarz-Eywill, M. & Bausewein, C. (2008). Palliative care in rheumatic diseases: a first approach. *Journal of Palliative Care*, Volume 24 (4), 270-272

Smith, A. et al (2010). The epidemiology of pain during the last two years of life. *Ann Intern Med*, Volume 153 (Número 9), 563-569

Sundin, K., Jansson, L. & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 9, 481-488

Tanaka, R. et al. (2014). Effect of the frequency and duration of land-based therapeutic exercise on pain relief for people with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Journal of Physical Therapy Science*, Volume 26, 969-975

Tanaka, R. et al. (2013). Efficacy of strengthening or aerobic exercise on pain relief in people knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, Volume 27 (Número 12), 1059-1071

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Uthman, O. et al. (2013). Exercise for lower limb osteoarthritis: systematic review incorporating trial sequential analysis and network meta-analysis. *British Medical Journal*

Wang, S-Y. et al. (2012). Physical therapy interventions for knee pain secondary to osteoarthritis. *Annals of Internal Medicine*, Volume 157, 632-644

Weirather, R. (2010). Communication strategies to assist comprehension on dementia. *Hawai Medical journal*, Volume 69

World Confederation for Physical Therapy – WCPT (2011). *Police statement: Description of physical therapy*. Acedido a 3 de Dezembro de 2013 em:

http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Description_PT_Sept2011_FORMATTED_edit2013.pdf

Apêndices

Apêndice A - Casos Clínicos

Caso clínico I - Sr. JC

O Sr. J.C. de 81 anos, reformado ex-motorista, foi admitido no serviço a 14/12/2013. Totalmente dependente de terceiros a residir no domicílio com a esposa e mantendo apoio domiciliário.

Apresentava AVC isquémico a 25/9/2011 com afasia e hemiparesia direita e síndrome demencial. Como antecedentes pessoais apresentava: neoplasia do colon operada em 97.

Foi internado na UCCP do HL por aumento da prostração. O Sr. J.C. era totalmente dependente nas transferências no leito, assim como nas AVD's. Apresentava um quadro de hemiplegia à direita, com aumento do tônus, mais acentuado no membro superior. Apresentava afasia global, mas com reação à dor.

O Sr. J.C. teve alta para o lar no dia 4/02/2013, uma vez que não reunia condições para ir para o domicílio.

Objetivos: (1) melhoria da espasticidade; (2) medidas de conforto para manter as amplitudes articulares e evitar a formação de úlceras de pressão, tendo atenção à alternância de decúbitos;

Intervenção: (1) mobilização passiva dos membros superiores e inferiores. (2) alongamento passivo do membro superior direito e da cadeia posterior membros inferiores.

Caso clínico II - Sr. AS

O Sr. A.S. de 97 anos, foi admitido no serviço a 30/12/2013. Residia sozinho no domicílio. No internamento recebia a visita de uma prima, que era a gestora do caso.

Como antecedentes pessoais apresentava: doença de Parkinson, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, fibrilação auricular, hiperplasia benigna da próstata e patologia osteoarticular degenerativa.

Foi internado no HL devido a uma hérnia inguinoescrotal exuberante, tendo sido posteriormente operado a 9/1/2014. Foi solicitada a intervenção da fisioterapia uma vez que o doente apresentava rigidez articular com limitação da mobilidade, assim como dificuldade em deambular.

O Sr. A.S. apresentava uma postura cifótica muito acentuada, rigidez articular nos membros, sendo a limitação da amplitude articular mais acentuada nos membros inferiores. Apresentava grande dificuldade nas transferências e no treino de marcha, que só realizava com apoio bilateral.

O Sr. A.S. teve alta no dia 30/01/2014.

Objetivos: (1) diminuição da rigidez articular e aumento da amplitude articular, (2) aumento da força muscular, (3) melhoria da postura, (4) melhorar a mobilidade no leito e transferências.

Intervenção: (1) mobilização passiva e ativa-assistida global, (2) fortalecimento muscular dos membros inferiores, (3) treino de transferências – cama/cadeira, (4) treino de marcha com apoio bilateral.

Caso clínico III - Sr. FB

O Sr. F.B., de 79 anos, viúvo há 9 anos era administrador de uma companhia de seguros, reformado e foi admitido no serviço a 21/1/2014. Residia sozinho e antes do internamento era independente nas AVD's. Tinha uma filha que era a gestora do caso.

Apresentava doença de Crohn com 40 anos de evolução (já submetido a duas cirurgias de ressecção intestinal, atualmente sem medicação dirigida), etilismo crónico, mais acentuado nos últimos meses, tabagismo (fumava desde os 14 anos, média de dois maços por dia). Ao longo do internamento e após exames complementares de diagnóstico, verificou-se a existência de um síndrome demencial de gravidade moderada (encefalopatia alcoólica vs síndrome demencial). Os seus antecedentes pessoais eram: hipertensão arterial, cardiopatia isquémica com enfarte agudo do miocárdio e litíase renal operada.

Foi internado na UCCP do HL, por perda de autonomia e agravamento do estado geral. Apresentava também lesões hepáticas de causa desconhecida. O Sr. F.B. era dependente nas AVD's. Não apresentava limitações articulares significativas, fazia levantar e marcha com apoio unilateral com alguma descoordenação. Tinha períodos de confusão e referia quase sempre cansaço. Tinha acessos de tosse, que era não produtiva. Colaborava mas era necessário constante incentivo por parte do fisioterapeuta.

Objetivos: (1) melhorar o padrão respiratório, (2) melhorar o treino de marcha, (3) melhorar a mobilidade no leito e transferências.

Intervenção: (1) exercício de fisioterapia respiratória – ELPr, (2) mobilização passiva e resistida dos membros superiores e inferiores, (3) treino de transferências – cama/cadeira, (4) treino de marcha com apoio unilateral.

Caso clínico IV - Sr. AJ

O Sr. A.J. de 87 anos, viúvo e residente nas Casas da Cidade, foi admitido no serviço a 22/1/2014. Tinha apoio constante da filha e neta. .

Tinha como diagnóstico adenocarcinoma do pâncreas irrissecável por invasão da artéria mesentérica superior, diagnosticado em setembro de 2013, tendo colocado prótese biliar a 2/1/2014; e como antecedentes pessoais apresentava hipertensão arterial.

Foi internado na UCCP do HL por episódio de perda de conhecimento. O Sr. A.J. era independente nas AVD's, deambulava de forma independente, apenas referindo períodos de desequilíbrio. Apesar de conhecer o seu estado de saúde, o Sr. A.J. evitava falar sobre a sua condição, estando numa fase de revolta.

O estado global do Sr. A.J. foi-se agravando progressivamente e a fisioterapia foi suspensa, uma vez que o Sr. se encontrava cada vez mais debilitado.

Objetivos: (1) promover a mobilidade geral, (2) melhorar o equilíbrio estático e dinâmico, (3) proporcionar bem-estar a nível psicológico.

Intervenção: (1) fortalecimento dos membros inferiores, (2) exercícios de treino de equilíbrio e transferência de peso, (3) treino de marcha.

Caso clínico V - Sra. LP

A Sra. L.P. de 88 anos, residente no lar, tinha dois filhos. Foi admitida no serviço a 17/1/2014.

Apresentava síndrome demencial com 4 anos de evolução, e como antecedentes pessoais apresentava hipertensão arterial e hipertiroidismo.

Foi internada na UCCP do HL por quadro de agitação psicomotora e recusa alimentar com 2 dias de evolução. A Sra. L.P. era dependente nas AVD's e realizava marcha com o apoio bilateral. Apresenta alguns períodos de confusão, mas é colaborante. Deambula com apoio bilateral.

A Sr. L.P. teve alta para o lar no dia 1/2/2014, uma vez que anteriormente ao internamento já residia no lar.

Objetivos: (1) promover a mobilidade geral, (2) melhorar a mobilidade no leito e transferências, (3) melhorar o treino de marcha.

Intervenção: (1) fortalecimento dos membros inferiores, (2) treino de transferências – cama/cadeira, (3) treino de marcha com apoio bilateral.

Caso clínico VI - Sra. CA

A Sra. C.A. de 57 anos, solteira e sem filhos, tinha 9 irmãos. Foi admitida no serviço a 10/1/2014.

Tinha como diagnóstico neoplasia da mama diagnosticada há 7 anos. Na altura do diagnóstico já apresentava metastização óssea. Foi submetida a radioterapia antiálgica na coluna e hormonoterapia durante 5 anos com Tamoxifeno. Fez cirurgia em 2012 – quadrantectomia direita + esvaziamento axilar direito – e quimioterapia semanal que mantinha até ao internamento. Os seus antecedentes pessoais eram: cirurgia de redução mamária no passado.

Foi internada na UCCP do HL após uma fratura patológica da diáfise do fémur esquerdo a 27/12/2013, à qual foi operada por redução fechada da fratura e fixação com cavilha Gamma. Na altura do internamento, a Sra. C.A. tinha metastização óssea difusa (esterno, costelas, bacia e ambos os fémures), adenopatias mediastínicas e abdominais, carcinomatose peritoneal, cerebrais e intraorbitárias.

A Sra. C.A. iniciou tratamentos de radioterapia holocraniana – 10 sessões durante o tratamento. Após as sessões de RT, a Sr. C.A. sofreu um agravamento global do estado geral, ficando mais prostrada, com acessos de tosse e farfalheira.

Objetivos: (1) melhorar a amplitude articular do membro inferior esquerdo, (2) melhorar a força muscular dos membros inferiores, (3) promover a autonomia nas transferências.

Intervenção: (1) mobilização passiva do membro inferior esquerdo, (2) fortalecimento muscular dos membros inferiores, (3) treino de transferências – cama/cadeira.

Caso clínico VII - Sr. AS

O Sr. A.S. de 72 anos, casado e com um filho, era militar da marinha reformado. Foi admitido no serviço a 31/1/2014.

Como antecedentes pessoais apresentava: primoinfeção na adolescência, amputação do membro superior direito na guerra colonial, tabagismo desde há 50 anos (média 20 cigarros/dia), insuficiência respiratória global – DPOC tabágica.

Era seguido desde Dezembro de 2013 devido a adenocarcinoma do pulmão com envolvimento mediastínico, cutâneo e ósseo incipiente. Desde então manteve-se em vigilância, uma vez que a sua debilidade e mau estado geral não proporcionavam benefício em iniciar tratamentos dirigidos à doença. Foi internado na UCCP do HL por um quadro de descontrolo sintomático, do qual se destacavam: dor na face posterior do hemitórax esquerdo, obstipação, dispneia/polipneia com cansaço a esforços mínimos e anorexia marcada.

O Sr. A.S. colaborava nos exercícios propostos e demonstrava cansaço fácil a pequenos/médios esforços. Referia a presença de expetoração hemoptoica (sempre teve, mas naquele momento estava pior).

Durante a intervenção, o estado do Sr. A.S. agravou. A sua colaboração na fisioterapia respiratória diminui e passou a referir cansaço a pequenos esforços. A intervenção foi alterada, passou a fazer mobilização global como treino de esforço.

Objetivos: (1) melhorar o padrão respiratório, (2) facilitar a remoção de secreções pulmonares, (3) melhorar a resistência ao esforço.

Intervenção: (1) exercício de fisioterapia respiratória – ELPr, (2) treino de resistência ao esforço – marcha

Caso clínico VIII - Sr. PA

O Sr. P.A. de 87 anos era viúvo (a esposa faleceu no HL com sequelas de AVC) e tinha 2 filhos. Residia sozinho e antes do internamento era independente nas AVD's. Foi admitido a 28/1/2014.

Apresentava adenocarcinoma da próstata recidivante com metastização óssea (há 12 anos fez radioterapia e hormonoterapia com aparente remissão). Foi operado a 30/1/2014 a uma metástase em D3.

Foi transferido para UCCP do HL após a operação de remoção da massa tumoral em D3. A intervenção da fisioterapia foi solicitada, uma vez que o Sr. P.A. apresentava uma paraparésia de predomínio distal. Na altura da intervenção o Sr. P.A. fazia marcha com andarilho.

O Sr. P.A. teve alta a 14/2/2014 e iniciou tratamentos de radioterapia à coluna vertebral.

Objetivos: (1) promover a mobilidade geral, (2) melhorar o treino de marcha, (3) melhorar o equilíbrio estático e dinâmico, (4) maximizar a autonomia, de modo a facilitar o regresso ao domicílio.

Intervenção: (1) exercícios de treino de equilíbrio e transferência de peso, (2) treino de marcha com andarilho.

Caso clínico IX - Sr. MI

A Sra. M.I. de 86 anos, residia num lar (Lar/residência “Os amigos de sempre”) e era parcialmente dependente de terceiros nas AVD’s. Tinha dois filhos, a filha residia no estrangeiro e o filho era o gestor de caso. Foi admitida a 31/1/2014.

Apresentava um síndrome demencial. Como antecedentes pessoais apresentava: hipertensão arterial, osteoartrite axial e periférica, mastectomia esquerda, histerectomia, colecistectomia, cirurgia vesical por incontinência urinária e amigdalectomia.

Foi internado na UCCP do HL por um quadro de prostração, recusa alimentar, adinamia e presença de sangue na cavidade oral. A Sra. M.I. era dependente nas AVD’s, tinha alguns períodos de confusão mas era colaborante.

Objetivos: (1) promover a mobilidade geral, (2) melhorar a mobilidade no leito e transferências, (3) melhorar o treino de marcha.

Intervenção: (1) fortalecimento membros superiores e inferiores, (2) treino de transferências, (3) treino de marcha.

Caso clínico X - Sr. SA

O Sr. S.A. de 78 anos, viúvo, residia em casa da filha e era parcialmente dependente nas AVD’s. Já tinha estado internado no serviço e era seguido na consulta externa. Foi admitido a 13/2/2014. Apresentava Doença de Parkinson com 13 anos de evolução, ainda com marcha autónoma e sem defeito cognitivo. Como antecedentes pessoais apresentava: pneumonia adquirida na comunidade, hipertensão arterial, gastropatia inflamatória difusa, hidrocelo bilateral operado, tumor das partes moles da face dorsal do pé esquerdo.

Foi internado na UCCP do HL por agravamento do estado geral, com quadro de desequilíbrio na marcha, mioclonias da face e dificuldade em cerrar o olho esquerdo. A este quadro associava-se também insónia, agravamento do tremor periférico e da rigidez articular.

Objetivos: (1) promover a mobilidade geral, (2) melhorar o treino de marcha, (3) melhorar o equilíbrio estático e dinâmico, (4) maximizar a autonomia, de modo a facilitar o regresso ao domicílio.

Intervenção: (1) fortalecimento muscular global, (2) exercícios de treino de equilíbrio e transferência de peso, (3) treino de marcha.

Caso clínico XI - Sr. BS

O Sr. B.S. de 86 anos, casado, residia no domicílio com a esposa com doença de alzheimer e apoio de uma cuidadora durante 24 horas. Tinha um filho e foi admitido a 11/2/2014.

Era seguido por doença de corpos de Lewy com pelo menos 3 a 4 anos de evolução. Como antecedentes pessoais apresentava: fibrilhação auricular crónica, doença de Paget, hipertensão arterial, angina de peito, PTJ direita em 2011 e nefrectomia parcial.

Foi internado na UCCP do HL por um quadro de agravamento confusional e de inquietação. O Sr. B.S. era totalmente dependente nas AVD's, tinha um discurso com nexos, mas por vezes a linha de raciocínio perdia-se. Inicialmente realizava marcha com andarilho, posteriormente o seu quadro de inquietação piorou e o treino de marcha passou a ser feito com apoio unilateral. Após alguns dias, o Sr. BS melhorou a inquietação e começou a colaborar muito nos exercícios, tendo iniciado exercícios com bolas e treino de marcha com apoio unilateral.

Objetivos: (1) promover a mobilidade geral, (2) melhorar a mobilidade no leito e transferências, (3) melhorar o padrão de marcha.

Intervenções: (1) fortalecimento muscular global, (2) treino de transferências - leito - cadeirão, (3) treino de marcha com apoio bilateral/andarilho.

Apêndice B - Instrumento de avaliação elaborado para avaliação da prática no serviço - *Checklist*

Checklist

A. Controlo de sintomas

	Momento 0	Momento 1
A1.Avaliação e registo dos sintomas, utilizando instrumentos estandardizados e validados.		
A2.Reavaliação dos sintomas em todas as intervenções.		
A3.Existência de um processo clínico interdisciplinar, único por doente, com a descrição da avaliação, problemas/diagnóstico, plano terapêutico e cuidados prestados.		
A4.Registo dos objetivos dos cuidados/procedimentos.		
A5.Registo do plano terapêutico e sua reformulação.		
A6.Ajustamento o plano terapêutico após agravamento ou irrupção de sintomas.		
A7.Existência de protocolos clínicos de controlo de sintomas.		
A8.Articulação com o médico assistente.		

B. Trabalho em equipa

	Momento 0	Momento 1
B1.Existência de reuniões de equipa. Qual a frequência? É feito registo da reunião?		
B2.Existência de um plano anual de formação da equipa.		
B3.Existência de equipa multidisciplinar.		
B4.Existência de um cronograma de serviço, com identificação dos líderes, hierarquias e funções dos diferentes elementos.		
B5.Existência de um plano formal de prevenção de <i>burnout</i> .		

C. Apoio à família

	Momento 0	Momento 1
C1.Existência de partilha de informação com a família - conferência familiar.		
C2.Existência de um local específico para reunião entre a equipa e família.		
C3.Grau de satisfação do doente e família.		

D. Comunicação

	Momento 0	Momento 1
D1.Os objetivos da intervenção são discutidos com o doente e família.		
D2.Registo das expetativas e preferências do doente.		
D3.Grau de formação/educação do doente sobre a terapêutica prescrita satisfação do doente e família.		

Apêndice C - Instrumento de avaliação elaborado para avaliação das competências dos profissionais na área dos CP - Questionário

Competências na área de Cuidados Paliativos

Nos quadros seguintes encontra uma série de competências na área de Cuidados Paliativos. Por favor coloque uma cruz na opção que melhor corresponde à sua prática no serviço de MFR onde desempenha funções.

A. Princípios gerais dos Cuidados Paliativos	Não conheço e nunca apliquei.	Conheço mas nunca apliquei.	Conheço e aplico.
A1.Reconhece a dinâmica e alterações demográficas da população, das variáveis e indicadores de saúde e das necessárias atualizações na sua formação individual para prestar cuidados de saúde			
A2.Compreende os valores e princípios dos cuidados paliativos.			
A3.Aplica os valores e princípios dos Cuidados paliativos.			
A4.Reconhece os principais modelos organizativos de prestação de cuidados paliativos.			

B. Controlo de sintomas	Não conheço e nunca apliquei.	Conheço mas nunca apliquei.	Conheço e aplico.
B1.Utiliza instrumentos standardizados cientificamente testados e validados para avaliar sintomas experimentados pelos doentes.			
B2.Usa os resultados da avaliação sintomática e conhecimentos atualizados nas abordagens tradicionais e complementares para estabelecer e implementar um plano de intervenção de cuidados.			
B3.Avalia e controla sintomas tendo em conta as múltiplas dimensões do doente, incluindo a física, psicológica, social e espiritual.			
B4.Avalia o impacto das medidas não farmacológicas, tendo em conta os resultados esperados pelo doente.			
B5.Conceptualiza a dor como um problema humano, distinto e frequente na prática de cuidados.			

B6.Descreve e compreende os aspetos multidimensionais da dor (Dor Total).			
B7.Reconhece que o controlo da dor envolve a abordagem de múltiplas dimensões da experiência vivida.			
B8.Identifica obstáculos na avaliação e tratamento da dor, relativos aos doentes, familiares e equipa de saúde.			


C. Trabalho em equipa	Não conheço e nunca apliquei.	Conheço mas nunca apliquei.	Conheço e aplico.
C1.Identifica os princípios do trabalho em equipa multidisciplinar.			
C2.Colabora com os membros da equipa multidisciplinar, na prestação de ações paliativas.			
C3.Promove o trabalho em equipa multidisciplinar, com vista à excelência no desenvolvimento de ações paliativas.			

D. Apoio à família	Não conheço e nunca apliquei.	Conheço mas nunca apliquei.	Conheço e aplico.
D1.Compreende o processo de adaptação à doença crónica de evolução prolongada.			
D2.Assiste de modo holístico a família e pessoas significativas, ajudando-os a lidar com o sofrimento, com a dor e com as perdas.			
D3.Ajuda a família e pessoas significativas a desenvolver estratégias de coping para lidar com o sofrimento e a dor.			

E. Comunicação	Não conheço e nunca apliquei.	Conheço mas nunca apliquei.	Conheço e aplico.
E1.Demonstra a capacidade de comunicação terapêutica como doente, familiares e outros profissionais.			
E2.Identifica os obstáculos e dificuldades à comunicação.			
E3.Compreende os princípios e estratégias de comunicação em cuidados paliativos (ex. técnica de			

transmissão de más notícias, conferência familiar).			
E4.Comunica eficazmente com doentes, familiares e outros profissionais de saúde.			
E5.Comunica com consciência informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde do doente, no que respeita a sua área de competência.			

Apêndice D - Apresentação de diapositivos em formato PowerPoint utilizados na sessão de formação



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

TERMAS DE
S. PEDRO DO SUL

Cuidados Paliativos

Formação em Serviço

Alexandra Cruz
S. Pedro do Sul, Setembro 2014

Objetivos Gerais

- Conhecer os princípios, valores e filosofia dos cuidados paliativos;
- Proporcionar o conhecimento básico das 4 áreas fundamentais dos cuidados paliativos;
- Compreender a importância da humanização dos cuidados de saúde

Objetivos Específicos

- Conhecer a história e evolução dos CP em Portugal;
- Conhecer a filosofia e os valores dos CP;
- Conhecer e descrever as 4 áreas fundamentais dos CP;
- Entender a complexidade das intervenções no controlo sintomático;
- Reconhecer a importância do trabalho em equipa;
- Reconhecer a importância da família como unidade de apoio ao doente;
- Perceber a importância da família na prestação de cuidados;

Objetivos Específicos

- Identificar os princípios e as perícias básicas da comunicação;
- Compreender a importância da comunicação na relação com o doente, família e equipa;
- Conhecer a etiologia e classificação da dor;
- Definir os conceitos de dor segundo os CP;
- Compreender a importância da avaliação da dor;
- Descrever as estratégias não farmacológicas no controlo da dor.

Cuidados Paliativos



“No princípio da vida, quando somos crianças, precisamos dos outros para sobreviver (...) e no fim da vida, quando ficamos como eu, precisamos dos outros para sobreviver, certo? (...) Mas o segredo está aqui: entre uma coisa e a outra, também precisamos dos outros.” (Albom, 2006, p.183)

História dos CP

- Séc. XIX – personalidades e grupos religiosos dedicavam-se a cuidar dos moribundos carenciados.
 - Cuidados gerais e caritativos



História dos CP

- Progresso da medicina no séc. XX
- Aumento da esperança média de vida

Aumento da longevidade não significa uma melhor qualidade de vida

- Cultura de busca pela cura – **Negação da morte**
- Morte vista como fracasso do profissional de saúde
- Instrumentalização da morte
- Medicina agressiva, com excessos na intervenção
- Desumanização dos cuidados

História dos CP

- Década de 60 do séc. XX, surgem cuidados mais abrangentes e específicos.
 - 1968 – “movimento dos cuidados paliativos”, tem como fundadora Cicely Saunders em Inglaterra e mais tarde Elisabeth Küller-Ross nos EUA
- Cuidados rigorosos, científicos e de qualidade
- “doentes a quem já não havia nada a fazer”



História dos CP em Portugal

- Surgem no início dos anos 90 do séc. XX
 - 1992: Centro Hospitalar da Cova da Beira
 - 1994: IPO do Porto
 - 1996: Centro de Saúde de Odivelas – 1ª equipa domiciliária
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004)
- Rede Nacional de C.C.I (2006)
 - Unidades de Cuidados Paliativos
 - Equipas Comunitárias de Suporte em CP
 - Equipa Intra-hospitalar de Suporte em CP

História dos CP em Portugal

- Aprovado o segundo **PNCP** em 2010
- CP considerados constituintes essenciais dos cuidados de saúde gerais.
- RNCCI, 2013:
 - 36 equipas de CP, 25 são EIHSCP (das quais 7 também efetuam cuidados domiciliários) e 11 são ECSCP.
 - Lisboa e Alentejo são as regiões com mais equipas, enquanto que o Centro e o Algarve são as regiões com menos equipas
 - Existem equipas ECCI que prestam ações/cuidados paliativos.

Conceito de CP

“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 psicossociais e espirituais”

OMS

Conceito de CP

“... são cuidados activos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar...”

Twycross, 2003

“...prestados de forma multidimensional e sistemática por uma equipa multidisciplinar, cuja prática e método de tomada de decisões são baseados na ética clínica.”

PNCP

Conceito de CP

- Trata-se de uma área de verdadeiros cuidados de saúde, dirigidos ao **doente e família**, prestados de forma **interdisciplinar**, rigorosa e humanizada, com o pressuposto de **respeitar a vida**, não a encurtando ou alargando de forma desproporcionada e fútil, assumindo a inevitabilidade da morte. (APCP, 2006)

Princípios dos CP

- Cuidados integrais, totais e continuados, que têm em conta os aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais, controlando todos os sintomas geradores de sofrimento;
- Afirmam a vida e consideram a morte um processo natural – a sua intenção não é, nem apressar, nem adiar a morte;
- Consideram o doente e a família a unidade a tratar, sendo indissociáveis, sempre com uma abordagem sistémica;
- O conforto, a qualidade de vida, a promoção da dignidade e adaptação às perdas sentidas são objetivos centrais da sua intervenção, podendo deste modo influenciar-se positivamente o curso da doença, pelo que estes cuidados devem iniciar-se precocemente no curso desta, em ligação com terapias vocacionadas para o aumento do tempo de vida;

Princípios dos CP

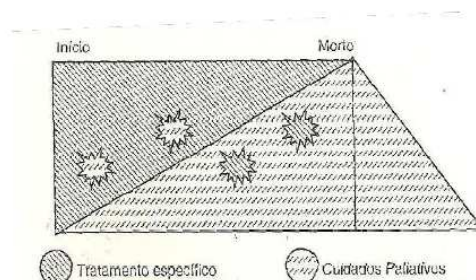
- Cuidados ativos, reabilitadores e promotores da autonomia, proporcionando um sistema de suporte que ajude o doente a viver tão ativamente quanto possível até à morte;
- Utilizam uma abordagem em equipa para responder às necessidades do doente e família, incluindo o aconselhamento durante o período de luto, quando necessário;
- Proporcionam um sistema de suporte e de ajuda à família para que esta consiga lidar com a doença do seu ente e com o seu luto;
- Guiados por critérios de efetividade, eficiência e eficácia, suportados pela evidência científica e com alocação racional dos recursos.

Doente Paliativo

Fase	Duração	Mobilidade	Intenção do tratamento paliativo	Princípios
Reabilitativa	anos/ meses	mantida	Restaurar a autonomia; Controlo sintomático	Possibilidade de tratamentos agressivos
Pré-terminal	meses/ semanas	limitada	Qualidade de vida possível; Controlo sintomático	Apoio social
Terminal	semanas/dias	maior parte do tempo acamado	Máximo conforto	Expetativas realistas; Reduzir o impacto da doença
Final	dias/ horas	essencialmente acamado	Cuidados ativos de conforto	Valorizar, aceitar; Aliviar

Fonte: Gonçalves, Neto & Marques, 2008, adaptado de Müller Busch, 2004

Modelo de prestação de cuidados



Modelo cooperativo com intervenção nas crises (Fonte: Capelas & Neto, 2010, adaptado de Gómez-Batiste et al., 2005).

Tipologia dos serviços

- Ação paliativa:** qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente.
- CP de nível I:** prestados por equipas multidisciplinares, com formação diferenciada em CP, que podem prestar cuidados diretamente ou exercer funções de consultadoria a outras equipas.

Tipologia dos serviços

- 3. CP de nível II:** prestados em unidades de internamento, garantindo a prestação direta e/ou apoio efetivo durante 24 horas, todos os profissionais têm formação diferenciada em CP.
- 4. CP de nível III:** equipas de excelência, investigação.

Áreas-chave dos CP

Controlo
de
Sintomas

Trabalho
em
Equipa

Apoio à
Família

Comunicação

Comunicação

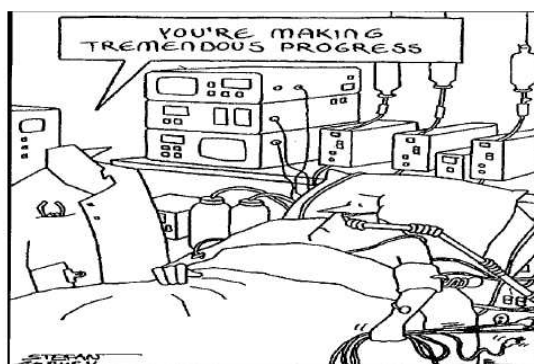
“Comunicação é um processo dinâmico e multidireccional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensorio-perceptuais que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra”

Isabel Neto

Comunicação



Comunicação



Comunicação

- As queixas dos doentes:
 - Não são ouvidos
 - Não recebem informação
 - Sentem falta de respeito e preocupação pelo seu estado de saúde
- Porquê melhorar a comunicação?
 - Aumenta a compreensão e a lembrança do que é dito
 - Doentes mais satisfeitos
 - Melhor consentimento informado
 - Aumenta a adesão ao tratamento
 - A recuperação pode ser mais rápida e menos stressante

Comunicação

- **Competências básicas:**

1. Escuta ativa
2. Compreensão empática
3. Feedback



Competências básicas

- **Escuta ativa**

- Escutar é tão importante quanto falar.

“Grande parte da comunicação entre nós e as pessoas é feita sem palavras e creio que isto se observa particularmente naqueles que estão muito doentes.” (Saunders, 2013)



Competências básicas

- **Compreensão empática**

“Temos de aprender a sentir «com» os doentes, em vez de nos sentirmos «como» eles, se queremos dar-lhes suporte firme e ouvi-los com atenção, que é aquilo que eles precisam para encontrar o caminho.” (Saunders, 2013)

- **Feedback**

- Controla a eficácia da comunicação, demonstrando a intenção do doente e a sua reação

Comunicação

A comunicação é um agente terapêutico muito poderoso!!!

“O acto de dar notícias, tal como os tumores pode ser benigno ou maligno. As notícias também podem ser invasivas, e os efeitos de uma má comunicação com o paciente podem metastizar a família deste.”

Twycross, 2003

Más notícias

“Qualquer informação que envolva mudança drástica na perspectiva do futuro num sentido negativo”

Buckman



Más notícias

- Protocolo de Buckman
 1. Preparação
 2. Descobrir o que o doente sabe
 3. Descobrir o que o doente quer saber
 4. Partilhar a informação
 5. Responder às emoções do doente
 6. Planear o acompanhamento

Apoio à família

🔑 **Unidade fundamental de apoio**

- Comunicação com a família
- Envolvimento nos cuidados ao doente
- Planear a saída
- Explicação dos tratamentos
- Luto

Trabalho em Equipa

“Quando uma atividade necessita de uma ação coordenada que não pode ser desempenhada por um só homem, um grupo de profissionais, que trabalha em equipa, torna-se indispensável”

Bernardo, Rosado & Salazar (2010)



Trabalho em Equipa

- Identificar experiências anteriores
- Criar objetivos comuns (“missão”)
- Distribuir tarefas
- Descobrir o melhor método de trabalho
- Realizar reuniões de equipa periódicas
- Cuidar da diversão!

Trabalho em Equipa

Ninguém é perfeito ...

Mas uma equipa pode sê-lo !



Controlo de Sintomas

- Sintoma é tudo aquilo que o doente considera um problema.
- Um programa de reabilitação em CP difere de um programa convencional de reabilitação, uma vez que os doentes tem um declínio, muitas vezes rápido, do seu estado de saúde.



Controlo de sintomas

- Princípios
 1. Avaliar antes de tratar
 2. Explicar as causas dos sintomas
 3. Não esperar que o doente se queixe
 4. Adotar uma estratégia terapêutica mista
 5. Monitorizar os sintomas
 6. Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas
 7. Cuidar dos detalhes
 8. Estar disponível

Dor

“Dor é aquilo a que o paciente chama sofrimento.”

Twycross, 2003



Dor Total



Tipos de dor

- Origem:
 - Nociceptiva
 - Neuropática
 - Psicogénica
- Duração
 - Crónica
 - Aguda
- Intensidade
 - Leve
 - Moderada
 - Severa



Avaliação

- A dor é sempre subjetiva.
- É difícil recolher elementos objetiváveis, o que pode levar o profissional de saúde a subestimar a dor.

O doente é o melhor avaliador da sua própria dor!!!



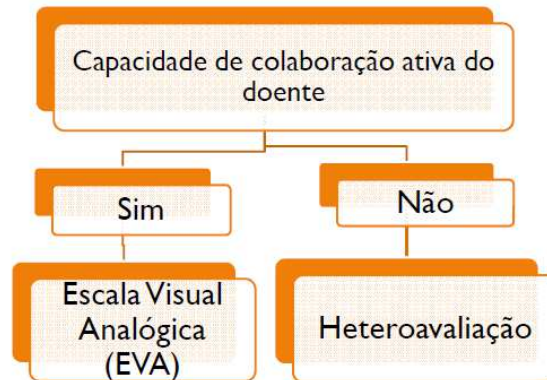
Inconvenientes da utilização de instrumentos de avaliação

- Carga suplementar de trabalho
- Dificuldade na comunicação com o doente
- Necessidade de modificar as metodologias de trabalho
- Necessidade de tornar visíveis os registos
- Necessidade de se criar uma relação de confiança
- Dificuldade em definir objetivos

Vantagens da utilização de instrumentos de avaliação

- Satisfação profissional
- Qualidade da comunicação
- Cumprimento das medidas de alívio da dor
- Melhoria da continuidade dos registos/ continuidade dos cuidados
- Sintonia entre os objetivos definidos e os procedimentos aplicados
- Satisfação dos doentes e familiares

Instrumentos de avaliação



EVA

- Método de referência aplicada a doentes com mais de 3 anos.
- Instrumento sólido, sensível e reproduzível, sendo útil para reavaliar a dor no mesmo indivíduo em diferentes ocasiões
- Pode ser apresentada sob forma escrita ou em régua. Na vertical ou horizontal
- Uns 10-20% dos doentes não a entendem.

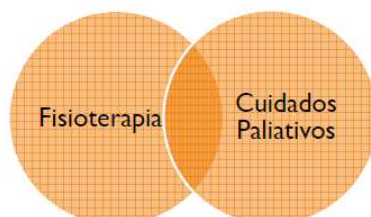


Heteroavaliação



Controlo da Dor

Apesar do papel do fisioterapeuta em CP constituir ainda um conceito relativamente novo, é sem dúvida, mais uma área da sua intervenção.



Controlo da dor

- Tratamento farmacológico
- Radioterapia
- Fisioterapia
 - Eletroterapia: US, TENS, Correntes
 - Termoterapia: Calor superficial, crioterapia
 - Massagem
 - Técnicas específicas de reabilitação

Bibliografia

- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – APCP (2006). *Organização de serviços em cuidados paliativos – Recomendações da APCP*. Acedido a 10 de Junho de 2013 em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/recomendaesorganizaodeservios-apcp.pdf>
- Baile, V., Buckman, R., Lenzi, R. et al. (2000). SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, Volume 5, 302-311
- Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Costa, A. & Othero, M. (Eds). *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 63-76). Loures: Lusodidacta
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa nacional de cuidados paliativos*. Acedido a 10 de Junho de 2013 em: http://www.hsm.minsaude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf
- Gonçalves, E., Neto, I. & Marques, L. (2008). Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – Comissão Parlamentar da Saúde. Acedido a 19 de Fevereiro de 2014 em: http://www.apcp.com.pt/uploads/comissao_parlamentar_de_saude_2008_03.pdf
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

"Nós somos o que fazemos. O que não se faz não existe. Portanto, só existimos nos dias em que fazemos. Nos dias em que não fazemos, apenas duramos."

Padre António Vieira



Apêndice E - *Checklist* de avaliação da prática no serviço

Checklist

A. Controlo de Sintomas	M. 0	M. 1
A1.Avaliação e registo dos sintomas, utilizando instrumentos estandardizados e validados.	Não existe	Só ft
A2.Reavaliação dos sintomas em todas as intervenções.	Não existe	Só ft
A3.Existência de um processo clínico interdisciplinar, único por doente, com a descrição da avaliação, problemas/diagnóstico, plano terapêutico e cuidados prestados.	Só médico assistente	Só médico assistente
A4.Registo dos objetivos dos cuidados/procedimentos.	Não existe	Não existe
A5.Registo do plano terapêutico e sua reformulação.	Existe	Existe
A6.Ajustamento o plano terapêutico após agravamento ou irrupção de sintomas.	Existe	Existe
A7.Existência de protocolos clínicos de controlo de sintomas.	Não existe	Não existe
A8.Articulação com o médico assistente.	Existe	Existe

B. Trabalho em equipa	M. 0	M. 1
B1.Existência de reuniões de equipa. Qual a frequência? É feito registo da reunião?	Não existe	Existe, 1/mês.
B2.Existência de um plano anual de formação da equipa.	Não existe	Não existe
B3.Existência de equipa multidisciplinar.	Existe	Existe
B4.Existência de um cronograma de serviço, com identificação dos líderes, hierarquias e funções dos diferentes elementos.	Não existe	Existe
B5.Existência de um plano formal de prevenção de <i>burnout</i> .	Não existe	Não existe

C. Apoio à família	M. 0	M. 1
C1.Existência de partilha de informação com a família – conferência familiar.	Não existe	Existe
C2.Existência de um local específico para reunião entre a equipa e família.	Não existe	Não existe
C3.Grau de satisfação do doente e família.	Existe	Existe

D. Comunicação	M. 0	M. 1
D1.Os objetivos da intervenção são discutidos com o doente e família.	Existe	Existe
D2.Registo das expectativas e preferências do doente.	Não existe	Não existe
D3.Grau de formação/educação do doente sobre a terapêutica prescrita satisfação do doente e família.	Não existe	Existe

Apêndice F - Tabelas de distribuição das respostas quanto ao processo de interação fisioterapeuta-doente

Itens	Momento 0								Momento 1							
	Não se aplica		Pouco importante		Importante		Muito importante		Não se aplica		Pouco importante		Importante		Muito importante	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
1	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0
2	0	0	0	0	2	50	2	50	0	0	0	0	1	25	3	75
3	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
4	0	0	1	25	2	50	1	25	0	0	0	0	1	25	3	75
5	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	3	75	1	25
6	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
7	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	3	75	1	25
8	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	0	0	4	100
9	1	25	1	25	2	50	0	0	0	0	2	50	2	50	0	0
10	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0
11	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	0	0	4	100
12	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
13	1	25	0	0	3	75	0	0	1	25	0	0	3	75	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	4	100
15	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	1	25	3	75
16	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0
17	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
18	0	0	1	25	2	50	1	25	0	0	0	0	0	0	4	100
19	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0	4	100
20	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
21	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0
22	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	3	75	1	25

Itens	Momento 0								Momento 1							
	Não se aplica		Pouco importante		Importante		Muito importante		Não se aplica		Pouco importante		Importante		Muito importante	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
23	0	0	0	0	2	50	2	50	0	0	0	0	1	25	3	75
24	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0
25	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	0	0	4	100
26	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0
27	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
28	0	0	0	0	2	50	2	50	0	0	0	0	1	25	3	75
29	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
30	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
31	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	0	0	4	100
32	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
33	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	2	50	2	50
34	0	0	2	50	1	25	1	25	0	0	2	50	1	25	1	25
35	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
36	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	3	75	1	25
37	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	1	25	3	75
38	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	1	25	3	75
39	0	0	0	0	2	50	2	50	0	0	0	0	2	50	2	50
40	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0	4	100
41	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0
42	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	3	75	1	25
43	0	0	0	0	2	50	2	50	0	0	0	0	2	50	2	50
44	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	3	75	1	25
45	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	1	25	3	75
46	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	0	0	4	100
47	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
48	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	1	25	3	75
49	0	0	0	0	2	50	2	50	0	0	0	0	3	75	1	25

Itens	Momento 0								Momento 1							
	Não se aplica		Pouco importante		Importante		Muito importante		Não se aplica		Pouco importante		Importante		Muito importante	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
50	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	0	0	4	100
51	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
52	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
53	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100
54	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	3	75	1	25
55	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	3	75	1	25
56	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	3	75	1	25
30	0	0	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	1	25	3	15

Apêndice G - Quadro resumo dos artigos/ revisões da literatura

Titulo do artigo			
Effects of neuromuscular electrical stimulation combined with exercises versus an exercise program on the pain and the function in patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial			
Autores	Imoto, A. et al.	Intervenções	Outcomes/Resultados
Referência Ano/País	Biomed Research International 2013/ Brasil	A intervenção foi realizada em ambos os grupos pelo mesmo fisioterapeuta, 2 vezes por semana, durante 8 semanas, sendo que cada sessão tinha uma duração de 40 min. Todos os participantes receberam um manual com indicações sobre a patologia. O grupo de intervenção realizou um programa de exercícios e estimulação elétrica neuromuscular sob o quadricípite (20 min). O grupo de controlo realizou apenas o programa de exercícios.	A estimulação elétrica neuromuscular combinada com exercício melhorou a dor, porém não existe evidência de que esta intervenção é melhor que o exercício isolado, uma vez que não existe uma diferença significativa entre os dois grupos, a dor diminui em ambos. A aplicação de estimulação elétrica neuromuscular combinada com programas de exercício convencionais é tão eficaz quanto o programa de exercício na redução da dor.
Participantes	100 indivíduos com osteoartrose do joelho		
Comparações	Compara um grupo que realizou exercício e estimulação elétrica neuromuscular e um grupo de controlo que realizou apenas exercício.		
Limitações do estudo	A intensidade da corrente usada para a estimulação não foi registada.		
Desenho do estudo	Ensaio clinico randomizado		
Titulo do artigo			
Physical therapy interventions for patients with osteoarthritis of the knee: an overview of systematic reviews			
Autores	Jamtvedt, G. et al.	Intervenções	Outcomes/Resultados
Referência Ano/País	Physical Therapy, 88, 123-136 2008/ Noruega	Exercício, intervenção psicoeducacional, ortóteses, campo eletromagnético, diminuição de peso, TENS, laser de baixa intensidade, ultrassom, termoterapia, estimulação elétrica neuromuscular, balneoterapia.	A fisioterapia pode ser útil para indivíduos com osteoartrose do joelho, contudo para algumas intervenções o efeito não é claro. Só o exercício e a perda de peso são apoiados por evidência de alta qualidade na redução da dor. O TENS e o laser de baixa intensidade foram classificados como evidência de qualidade moderada, demonstrando também efetividade na redução da dor. Nas restantes intervenções a evidência foi avaliada como baixa. Em relação ao exercício, os autores concluíram que tanto o exercício
Participantes	Indivíduos com osteoartrose do joelho		
Comparações	Não existentes		
Limitações do estudo	Não referidas		

Desenho do estudo	Revisão sistemática		aeróbico como o fortalecimento, bem como o exercício individual e em grupo, são eficazes em indivíduos com osteoartrose do joelho. Em relação à perda de peso, os autores concluíram que a redução de peso diminui a dor em doentes obesos. Com base na evidência para a perda de peso e exercício, os fisioterapeutas devem considerar a colaboração com nutricionistas, a fim de reduzir a dor em indivíduos com osteoartrose do joelho.
Título do artigo	Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis		
Autores	Juhl, C. et al.	Intervenções	Outcomes/Resultados
Referência Ano/País	Arthritis & Rheumatology, 66 (3), 622-636 2014/ Dinamarca	Programas de exercício aeróbico, fortalecimento e exercícios de funcionalidade.	A grande maioria dos estudos demonstrou um efeito positivo no alívio da dor. Programas de exercícios ideais para a osteoartrose do joelho devem ter um objetivo e focarem-se num só tipo de exercício, uma vez que demonstram maior efetividade que sessões com exercícios e objetivos diferentes. Os programas que demonstram maior efetividade no alívio da dor são o exercício aeróbico, o fortalecimento do quadríceps, e exercícios de funcionalidade dos membros inferiores. Em indivíduos com baixa capacidade aeróbica e força muscular, devem ser realizados exercícios aeróbicos e fortalecimento. Para obter melhores resultados, o programa deve ser supervisionado, realizado 3 vezes por semana, e compreender pelo menos 12 sessões. Tais programas têm efeitos semelhantes, independentemente das características do doente e da gravidade da osteoartrose.
Participantes	Indivíduos com osteoartrose do joelho		
Comparações	Compara um grupo que realiza exercício e um grupo que não realiza exercício		
Limitações do estudo	Algumas intervenções não eram descritas em pormenor; a classificação dos estudos em relação ao tipo de exercício foi feita pelo autor principal.		
Desenho do estudo	Revisão sistemática		
Título do artigo	The effects of exercise and neuromuscular electrical stimulation in subjects with knee osteoarthritis: a 3-month follow-up study		

Autores	Laufer, Y., Shtraker, H. & Gabyzon, M.	Intervenções	Outcomes/Resultados
Referência Ano/País	Clinical Interventions in Aging, 9, 153-161 2014/ Israel	<p>Os dois grupos receberam um total de 12 sessões, realizadas quinzenalmente.</p> <p>O grupo de intervenção realizou um programa de exercícios e estimulação elétrica neuromuscular no quadrícipite do membro afetado, o grupo de controlo realizou apenas um programa de exercícios.</p>	<p>Verificou-se uma redução significativa da dor no grupo de intervenção comparativamente ao grupo de controlo, imediatamente após o tratamento. Os resultados do estudo indicam que a adição de estimulação elétrica neuromuscular a um programa de exercícios, reforça os efeitos positivos do tratamento, principalmente na dor.</p> <p>Na avaliação de follow-up (12 semanas após os tratamento) os valores da dor mantiveram-se iguais para ambos os grupos. Desta forma conclui-se que a adição de estimulação elétrica neuromuscular a um programa de exercícios possui apenas vantagens a curto prazo na redução da dor no joelho.</p>
Participantes	63 indivíduos com osteoartrose do joelho		
Comparações	Compara um grupo que realizou exercício e estimulação elétrica neuromuscular e um grupo de controlo realizou apenas exercício.		
Limitações do estudo	O avaliador não foi mantido "cego" no pós-tratamento e avaliações de acompanhamento. As sessões de estimulação elétrica neuromuscular não foram monitorizadas durante todo o protocolo.		
Desenho do estudo	Ensaio clínico randomizado		
Titulo do artigo	Development of co morbidity-adapted exercise protocols for patients with knee osteoarthritis.		
Autores	Rooij, M. et al.	Intervenções	Outcomes/Resultados
Referência Ano/País	Clinical Interventions in Aging, 4 (9), 829-842	Desenvolvimento de protocolos de exercícios adaptados a diferentes co morbilidades. Teste dos protocolos em	Desenvolvidos 3 protocolos: (1) adaptação fisiológica, para doença coronária, insuficiência cardíaca, HTA, diabetes tipo 2, obesidade e DPOC; (2) adaptação comportamental, para dor crónica, lombalgia e

	2014/ Holanda	indivíduos com osteoartrose do joelho e uma co-morbilidade. Os participantes recebiam uma sessão individual de exercícios adaptados à sua co-morbilidade, 2 vezes por semana, com a duração de 30 a 60 min.	depressão e (3) adaptação no ambiente, para déficit visual e auditivo. Os protocolos demonstraram efetividade na diminuição da dor em indivíduos com osteoartrose moderada e severa, e são uteis para o raciocínio clínico e adaptação dos exercícios para osteoartrose.
Participantes	14 indivíduos com osteoartrose do joelho e uma co-morbilidade		
Comparações	Não existentes		
Limitações do estudo	Não referidas		
Desenho do estudo	Qualitativo – desenvolvimento de um protocolo		
Titulo do artigo	Therapeutic ultrasound for osteoarthritis of the knee or hip		
Autores	Rutjes, A. et al.	Intervenções	Outcomes/Resultados
Referência Ano/País	Cochrane Database of Systematic Reviews, 1 2010/ Suíça	Qualquer tipo de ultrassom terapêutico contínuo ou pulsado. Como grupo de controlo, foram consideradas intervenções placebo ou sem intervenção.	O ultrassom é efetivo no alívio da dor na osteoartrose do joelho, porém não é possível avaliar a magnitude dos seus efeitos. Apesar da sua ampla utilização na fisioterapia, a evidência da sua eficácia clínica em indivíduos com osteoartrose da anca ou joelho é de fraca qualidade, contudo os efeitos desta terapia na dor do joelho, são clinicamente relevantes.
Participantes	Indivíduos com osteoartrose da anca ou joelho		
Comparações	Compara o uso de ultra-som terapêutico com intervenções não específicas ou sem intervenção.		
Limitações do estudo	Não referidas		
Desenho do estudo	Revisão sistemática		
Titulo do artigo	Effects of physical therapy on quality of life in osteoporosis patients – a randomized clinical trial		
Autores	Schröder, G. et al.	Intervenções	Outcomes/Resultados

Referência Ano/País	Health and Quality of Life Outcomes, 10 (101) 2012/ Alemanha	Programas de exercícios com a duração de 30 min, realizados 2 vezes por semana durante 3 meses. Ambos os programas têm por objetivo estabilizar a musculatura do tronco.	A dor na região lombar neste grupo de indivíduos é sentida de forma moderada. Os níveis de dor diminuiram após a intervenção, sendo que no grupo de intervenção a melhoria foi mais significativa, diminuindo a dor ainda mais no follow-up. No grupo de controle as alterações não foram tão significativas.
Participantes	44 indivíduos com osteoporose		
Comparações	Compara um grupo que realizou programa de exercícios com "sling", com um grupo de controle que realizou um programa de exercícios convencional		
Limitações do estudo	Não referidas		
Desenho do estudo	Ensaio clínico randomizado		
Título do artigo	Effect of the frequency and duration of land-based therapeutic exercise on pain relief for people with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial.		
Autores	Tanaka, R. et al.	Intervenções	Outcomes/Resultados
Referência Ano/País	Journal of Physical Therapy Science, 26, 969-975 2014/ Japão	Exercícios de fortalecimento e exercícios aeróbicos.	Os resultados indicam que existe influência da frequência do exercício na sua eficácia. No caso do fortalecimento, realizado 4 vezes por semana, o exercício é eficaz no alívio da dor, mesmo 9 semanas após os tratamentos. O efeito do exercício na dor não aumenta com o tempo; a sua eficácia desaparece com a interrupção do exercício. Contudo a prática contínua de exercício, pode manter a sua eficácia.
Participantes	Indivíduos com osteoartrose do joelho		
Comparações	Compara grupos que realizaram exercícios em terra com grupos sem intervenção ou		

	com intervenção psico-educacional		
Limitações do estudo	Protocolos de exercícios diferentes presentes nos estudos incluídos; disponibilidade e inclusão de um número limitado de estudos.		
Desenho do estudo	Revisão sistemática e meta-análise		
Titulo do artigo	Efficacy of strengthening or aerobic exercise on pain relief in people knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial		
Autores	Tanaka, R. et al.	Intervenções	Outcomes/Resultados
Referência Ano/País	Clinical Rehabilitation, 27 (12), 1059-1071 2013/ Japão	Exercícios aeróbicos e exercícios de fortalecimento com o membro inferior em carga e sem o membro inferior em carga.	Ambos os tipos de exercício são efetivos no alívio da dor. Exercícios em pé ou em carga sob o joelho doloroso podem agravar os sintomas, entre eles a dor. Deste modo, posições de carga não devem ser sugeridas para exercícios de fortalecimento no alívio da dor. O exercício para alívio da dor deve ser realizado em condições de carga reduzida, tendo no entanto em atenção que, situações permanentes de carga reduzida produzem efeitos negativos no metabolismo da cartilagem.
Participantes	Indivíduos com osteoartrose do joelho		
Comparações	Compara o efeito do fortalecimento e do exercício aeróbico		
Limitações do estudo	Qualidade dos estudos incluídos		
Desenho do estudo	Revisão sistemática e meta-análise		
Titulo do artigo	Exercise for lower limb osteoarthritis: systematic review incorporating trial sequential analysis and network meta-analysis		
Autores	Uthman, O. et al.	Intervenções	Outcomes/Resultados

Referência	British Medical Journal	Fortalecimento, exercícios de flexibilidade e exercício aeróbico.	Existe evidência firme de que o exercício melhora a função e alivia a dor em indivíduos com osteoartrose do membro inferior. Não existe uma diferença significativa entre os diferentes tipos de exercício, porém este estudo demonstra melhores resultados para algumas intervenções. Intervenções que combinam fortalecimento com flexibilidade e exercício aeróbico (em terra ou água) parece ser o mais efetivo quando consideradas medidas de dor, foram as intervenções significativamente mais efetivas quando comparadas com grupos sem qualquer intervenção. Contudo não foi possível comparar os diferentes tipos de exercício entre si.
Ano/País	2013/ Reino Unido		
Participantes	Indivíduos com osteoartrose da anca e joelho		
Comparações	Compara grupos que realizaram exercícios com grupos sem intervenção ou com outras intervenções.		
Limitações do estudo	Inclusão de estudos com diversas durações de follow-up.		
Desenho do estudo	Revisão sistemática		
Titulo do artigo	Physical therapy interventions for knee pain secondary to osteoarthritis		
Autores	Wang, S-Y. et al.	Intervenções	Outcomes/Resultados
Referência	Annals of Internal Medicine, 157, 632-644	As intervenções analisadas foram: programas educacionais, exercícios de propriocepção, exercício aeróbico, hidroterapia, fortalecimento, Tai Chi, Massagem, uso de órteses, Taping, estimulação elétrica, ondas eletromagnéticas pulsadas, ultrassom e diatermia.	A meta-análise demonstrou que o exercício aeróbico e o fortalecimento diminuem a dor. A curto prazo, os exercícios de propriocepção, o ultrassom, a estimulação elétrica e a diatermia também diminuem a dor. O exercício aeróbico alivia a dor a longo prazo (> 26 semanas), sendo que exercícios supervisionados pelo fisioterapeuta, proporcionam um alívio da dor durante aproximadamente 3 meses. O fortalecimento possui um efeito constante no alívio da dor, através da meta-análise, demonstrou-se que após aproximadamente 3 meses de exercício o alívio da dor mantém-se, porém indivíduos mais jovens têm melhores resultados. Em contraste no exercício aeróbico, a presença do fisioterapeuta não demonstra influência nos resultados. A estimulação elétrica conduz a uma melhoria a curto prazo na dor
Ano/País	2012/ USA		
Participantes	Indivíduos residentes na comunidade com osteoartrose do joelho		
Comparações	Compara grupos que realizaram uma modalidade de fisioterapia com estimulação placebo, cuidados habituais ou ausência de		

	tratamento ativo		<p>estatisticamente significativa, assim como o ultra-som. A diatermia conduz a uma diminuição da dor estatisticamente significativa por um período de 1 mês, porém o seu efeito é reduzido aos 3 meses.</p> <p>As intervenções foram estudadas isoladamente, sendo que existe pouca evidência sobre a sua combinação, como é usual na prática de fisioterapia.</p>
Limitações do estudo	Incluídos apenas estudos publicados em inglês		
Desenho do estudo	Revisão sistemática		

Anexos

Anexo A - Escalas de avaliação utilizadas na UCCP do HL

Registo de eventos adversos . Notificação de úlcera de pressão

**Registo de Eventos Adversos
Notificação de Úlceras de Pressão**

Serviço: _____ Cama: _____

Nome do Doente: _____

Idade: _____ Data Internamento: ____/____/____ Nº de Processo: _____

Especialidade: _____

Risco na admissão:

Pontos:

Classificação do Risco

Sem Risco

Baixo Risco

Risco Moderado

Alto Risco

Risco à data da notificação:

Pontos:

Classificação do Risco

Sem Risco

Baixo Risco

Risco Moderado

Alto Risco

Úlcera Prévia: Não Sim

Origem: Hospital Lar Domicílio

Categorias UP* (ver rodapé): I II III IV

Localização:

Região Escapular Pavilhão Auricular

Cotovelo Joelho

Trocantar Moleto Externo do pé

Calcâneo Moleto Interno do pé

Região Occipital Sacrum

Outras localizações:

Medidas Preventivas (em caso de úlcera adquirida no HL):

Colchão Anti Escara

Almofada Anti Escara

Calcanheiras

Lavante: Diário

2x/dia

Cotoveleiras

Penso Hidrocelular ou Polimero

Alternância de Decúbitos de: 2/2 horas

3/3 horas

4/4 horas

Identificação do Enfermeiro que faz a notificação: _____

Data da notificação: ____/____/____

*Categorias das UP

Avaliação Final

Data de encerramento da notificação: _____ / _____ / _____

Motivo de encerramento da notificação:

Úlcera Cicatrizada:

Saida do doente do HL por : Alta clínica
Falecimento

Estadio da úlcera de pressão à data de encerramento da notificação:

Meiorada

Agravada

Mesmo estado

Categoria *

* Atenção que a categoria de uma úlcera não regride

Identificação do Enfermeiro que faz o encerramento da notificação: _____

Registo de incidente

Registo de Incidente					
Queda do Doente					
Nome do doente : _____					
N.º do Processo: _____			Data Internamento: ____ / ____ / ____		
Sexo:	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	Idade: _____ anos
Serviço de Internamento					
Piso 4 HÁ	<input type="checkbox"/>	Piso 4 HR	<input type="checkbox"/>	Piso 3 HÁ	<input type="checkbox"/>
AMP	<input type="checkbox"/>	Outro local	<input type="checkbox"/>	Qual:	_____
Motivo do Internamento					
Médico	<input type="checkbox"/>	Cuidados Continuados	<input type="checkbox"/>		
Cirúrgico	<input type="checkbox"/>	Cuidados Paliativos	<input type="checkbox"/>		
Outro motivo	<input type="checkbox"/>	Qual:	_____		
Diagnóstico Principal					
Doença cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Doença oncológica	<input type="checkbox"/>		
Doença respiratória	<input type="checkbox"/>	Doença gastrointestinal	<input type="checkbox"/>		
Doença urológica	<input type="checkbox"/>	Doença infecciosa	<input type="checkbox"/>		
Doença neurodegenerativa	<input type="checkbox"/>	Doença psiquiátrica	<input type="checkbox"/>		
Doença cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	Outro diagnóstico	<input type="checkbox"/>		
Doença osteoarticular	<input type="checkbox"/>	Qual :	_____		
Data e Hora da Queda					
Data: ____ / ____ / ____			Hora: ____ Horas ____ Minutos		
Queda Envolvendo					
Cama	<input type="checkbox"/>	Cadeira	<input type="checkbox"/>	Equipamento terapêutico	<input type="checkbox"/>
Casa de banho	<input type="checkbox"/>	Maca	<input type="checkbox"/>	Enquanto transportado/apoiado por outro indivíduo	<input type="checkbox"/>
				Sem informação	<input type="checkbox"/>
Espaço Físico onde Ocorreu a Queda					
Quarto	<input type="checkbox"/>	Sala de refeições	<input type="checkbox"/>	Corredor	<input type="checkbox"/>
Casa de Banho	<input type="checkbox"/>	Sala de tratamento	<input type="checkbox"/>	Outro espaço	<input type="checkbox"/>
Tipo de Queda					
Tropeçar	<input type="checkbox"/>	Escorregar	<input type="checkbox"/>	Sem informação	<input type="checkbox"/>
Desmaio	<input type="checkbox"/>	Perda de equilíbrio	<input type="checkbox"/>		
Identificação do Estado Psíquico do Cliente					
	Sim	Não		Sim	Não
Orientado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colaborante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agressivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconsciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outro estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual:	_____				

Identificação do Estado Físico do Cliente			
Movimenta-se sem ajuda	<input type="checkbox"/>		
Movimenta-se com ajuda técnica	<input type="checkbox"/>		
Movimenta-se com ajuda de outra pessoa	<input type="checkbox"/>		
Totalmente dependente	<input type="checkbox"/>		
Necessidade de Vigilância Antes do Incidente			
Sem necessidade	<input type="checkbox"/>	Com necessidade	<input type="checkbox"/>
		Vigilância constante	<input type="checkbox"/>
Tipo de Cama do Cliente			
Normal	<input type="checkbox"/>	Baixa	<input type="checkbox"/>
Existência de Barreiras Limitadoras			
Sem barreiras	<input type="checkbox"/>		
Com barreiras	<input type="checkbox"/>		
Quais:	Grades na cama	<input type="checkbox"/>	Imobilizador pé <input type="checkbox"/>
	Imobilizador abdominal	<input type="checkbox"/>	Imobilizador torax e perneo <input type="checkbox"/>
	Imobilizador punho	<input type="checkbox"/>	
Avaliação Prévia do Risco de Queda pela MFS			
P1	<input type="checkbox"/>	Valor do score avaliado pela MFS	_____ pontos
P2	<input type="checkbox"/>		
P3	<input type="checkbox"/>	Sem risco	<input type="checkbox"/>
P4	<input type="checkbox"/>	Baixo risco	<input type="checkbox"/>
P5	<input type="checkbox"/>	Alto risco	<input type="checkbox"/>
P6	<input type="checkbox"/>		
Medicação			
	Antiepiléticos/Anticonvulsivantes (Grupo 2.6 do Prontuário Terapêutico do Infarmed)	<input type="checkbox"/>	Quantidade <input type="checkbox"/>
	Psicofármacos (Grupo 2.9 do Prontuário Terapêutico do Infarmed)	<input type="checkbox"/>	Quantidade <input type="checkbox"/>
	Analgésicos estupefacientes (Grupo 2.12 do Prontuário Terapêutico do Infarmed)	<input type="checkbox"/>	Quantidade <input type="checkbox"/>
	Digitálicos (Grupo 3.1.1 do Prontuário Terapêutico do Infarmed)	<input type="checkbox"/>	Quantidade <input type="checkbox"/>
	Anti-hipertensores (Grupo 3.4 do Prontuário Terapêutico do Infarmed)	<input type="checkbox"/>	Quantidade <input type="checkbox"/>
	Insulinas (Grupo 8.4.1 do Prontuário Terapêutico do Infarmed)	<input type="checkbox"/>	Quantidade <input type="checkbox"/>
	Antidiabéticos orais (Grupo 8.4.2 do Prontuário Terapêutico do Infarmed)	<input type="checkbox"/>	Quantidade <input type="checkbox"/>
Quem Informa sobre a Queda			
Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	Familiar	<input type="checkbox"/>
Auxiliar de Acção Médica	<input type="checkbox"/>	Amigo/Visitante	<input type="checkbox"/>
O próprio doente	<input type="checkbox"/>	Cuidador	<input type="checkbox"/>
Outro doente	<input type="checkbox"/>	Outra pessoa	<input type="checkbox"/>

A Quem foi Comunicado				
Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	
Medidas Tomadas de Imediato				
Avaliação de parâmetros vitais	<input type="checkbox"/>	Reforço de ensino e orientações	<input type="checkbox"/>	
Avaliação de estado de consciência	<input type="checkbox"/>	Subir grades na cama	<input type="checkbox"/>	
Avaliação de sequelas	<input type="checkbox"/>	Mudar doente para cama baixa	<input type="checkbox"/>	
Chamar médico assistente/urgência	<input type="checkbox"/>	Crioterapia	<input type="checkbox"/>	
Colocação imobilizador abdominal	<input type="checkbox"/>	Outra Medida	<input type="checkbox"/>	
Qual: _____				
Grau do dano				
Grau do dano:	Nenhum	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>
	Ligeiro	<input type="checkbox"/>	Morte	<input type="checkbox"/>
	Moderado	<input type="checkbox"/>		
Tipo de Dano				
Ferida traumática <input type="checkbox"/>				
Tipo de ferida traumática:	Contusão	<input type="checkbox"/>	Laceração	<input type="checkbox"/>
	Escoriação	<input type="checkbox"/>	Corte	<input type="checkbox"/>
Tipo de corte:	Com necessidade de sutura		<input type="checkbox"/>	
	Sem necessidade de sutura		<input type="checkbox"/>	
Lesão traumática <input type="checkbox"/>				
Tipo de lesão traumática:	Entorse	<input type="checkbox"/>	Fractura	<input type="checkbox"/>
	Hematoma	<input type="checkbox"/>	TCE	<input type="checkbox"/>
Consciência comprometida <input type="checkbox"/>				
Tipo de comprometimento:	Lipotimia	<input type="checkbox"/>	Coma	<input type="checkbox"/>
Outro tipo de dano <input type="checkbox"/> Qual: _____				
Localização anatómica:				
	Cabeça	<input type="checkbox"/>	Perna	<input type="checkbox"/>
	Face	<input type="checkbox"/>	Dorso	<input type="checkbox"/>
	Torax	<input type="checkbox"/>	Perna e braço	<input type="checkbox"/>
	Braço	<input type="checkbox"/>	Mão	<input type="checkbox"/>
	Outra localização		<input type="checkbox"/>	
Qual: _____				

Glossário de termos	
Grau do dano	
Grau:	É a gravidade e duração de qualquer dano, e as implicações no tratamento, resultantes de um incidente (Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente © - 2011).
Ligeiro:	A consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com intervenção mínima requerida (observação extra, pequeno tratamento)
Moderado:	A consequência para o doente é sintomática, requerendo intervenção, um aumento de estadia, ou causou danos permanentes e ou a longo prazo, ou perda de funções.
Grave:	A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, causa danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de função.
Tipo de dano	
Ferida traumática:	Solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo associada a lesão mecânica devido a agressão ou acidente; lesão irregular da pele, mucosa ou tecido, tecido doloroso e magoado, drenagem e perda de soro e sangue (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE 2 ® - 2010).
Contusão:	Lesão da pele e do tecido subjacente (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE 2 ® - 2010).
Laceração:	Rasgo irregular, associado a lesão intensa dos tecidos que chegam a ameaçar a vida com perda de sangue e soro, e com risco de choque. (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE 2 ® - 2010).
Escoriação:	Abrasão da pele e da derme com dor, sangramento e sensibilidade até à aquisição de crosta (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE 2 ® - 2010).
Corte:	Pequeno rasgo ou corte, na pele e na derme. (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE 2 ® - 2010).
Entorse:	Traumatismo de uma articulação que provoca dor e incapacidade funcional, movimento articular alterado e doloroso, hipersensibilidade, espasmo muscular, edema articular, alteração da coloração, funcionamento comprometido, associado a lesão traumática e ruptura do tecido conjuntivo peri-articular. (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE 2 ® - 2010).
Fractura:	Falta de movimento de uma parte do corpo associada a lesão traumática de um osso, solução de continuidade do tecido ósseo. (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE 2 ® - 2010).
Hematoma :	Concentração e acumulação de sangue retido dentro dos tecidos, pele ou órgão, associadas a traumatismo, dor ao toque, pele dolorosa... (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE 2 ® - 2010).
Lipotímia:	Perda súbita da consciência mental, com fraqueza física. (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE 2 ® - 2010).
Coma	Estado de consciência comprometido com as características: inconsciência profunda sem resposta fisiológica, incluindo ausência de resposta a estímulos (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE 2 ® - 2010).

Anexo B - Instrumentos de avaliação estandardizados utilizados na UCCP do HL

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Nome do Doente: _____ Data: _____

Por favor circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas)

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escala de Karnofsky Australia Modificada

Apto para atividades normais e trabalho; Nenhum cuidado especial é necessário.	100	Normal; Nenhuma queixa; nenhuma evidência de doença
	90	Capacidade para atividades normais. Pequenos sinais e sintomas
	80	Atividade normal com esforço. Alguns sinais e sintomas de doença
Inapto para o trabalho; Apto para viver em casa e cuidar de muitas de suas necessidades. As quantidades de assistência e suporte necessários são bastante variáveis.	70	Cuidados para si, incapaz para seguir com atividades normais ou trabalho ativo.
	60	Requer ajuda ocasional, porém apto a cuidar de muitas de suas necessidades pessoais.
	50	Requer ajuda considerável e frequente assistência médica ou especializada.
Inapto para cuidar de si mesmo; Requer cuidados hospitalares ou equivalentes especializados; Doença pode estar progredindo rapidamente.	40	Incapacitado Requer cuidado especial e assistência.
	30	Severamente incapacitado; Admissão hospitalar é indicada, mas a morte não é iminente.
	20	Muito doente; Admissão hospitalar é necessária, necessitando de terapia e cuidados intensivos.
	10	Moribundo; Processo de fatalidade progredindo rapidamente
	0	Morte

Escala de Zarit reduzida

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/ doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

2. Sente-se estressado/ angustiado por ter que cuidar do seu familiar/ doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex. Cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

5. Sente que a sua saúde tem-se visto afectada por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

Índice de Barthel

Alimentar-se	0=Incapaz 1=Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga 2=Independente (a comida é providenciada)
Tomar banho	0=Dependente 1=Independente (ou no chuveiro)
Higiene pessoal	0=Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 1=Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
Ir a casa de banho	0= Dependente 1=Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 2= Independente
Evacuar	0=Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema) 1=Acidente ocasional (uma vez por semana) 2=Continente
Urinar	0= Incontinente ou algaliado e incapacitado para o fazer 1= Acidente ocasional (máximo uma vez em 24 horas) 2= Continente (por mais de 7 dias)
Deslocações	0=Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 1=Grande ajuda física (uma ou duas pessoas) mas consegue sentar-se 2=Pequena ajuda 3=Independente
Mobilidade	0=Imobilizado 1=Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, tec 2=Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 3=Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)
Vestir	0=Dependente 1=Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 2=Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
Escadas	0=Incapaz 1=Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando) 2=Independente para subir e descer

Classificação

0-04-Muito Grave

05-09-Grave

10-14- Moderado

15-19-Ligeiro

20-Independente

Escala de Quedas de Morse

Item	Escala	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses	Não 0 Sim 25	—
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	Não 0 Sim 15	—
3. Ajuda para caminhar Nenhum/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30	—
4. Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina	Não 0 Sim 20	—
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20	—
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15	—
Total		

itens na Escala são pontuados da seguinte maneira:

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto.	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total

Anexo C - Questionário de avaliação das competências do fisioterapeuta no processo de interação com o doente.

Anexo 3

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTERAÇÃO
FISIOTERAPEUTA-PACIENTE
Q-APIFP
*Baldo & Cruz (2008)***

Nome: _____

Idade: _____ anos

Sexo: Masculino ()

Feminino ()

Estado Civil: Solteiro(a) ()

Casado(a)/convivente ()

Separado(a)/divorciado(a) ()

Viúvo(a) ()

Contexto do Atendimento: Particular ()

público ()

Especialização: Sim ()

Não ()

Se sim: qual área? _____

Tempo de atuação profissional: _____

Eu, _____ RG n.º.

_____ autorizo o uso sigiloso dos dados deste questionário em pesquisa.

_____/_____/_____
Data_____
Assinatura

Os itens listados abaixo descrevem comportamentos no processo de interação fisioterapeuta paciente.		Não se aplica	Pouco importante	Importante	Muito Importante
ASSINALE O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE VOCÊ ATRIBUI PARA CADA ITEM					
1	Compartilhar experiências com tratamentos similares.				
2	Buscar informações acerca da patologia.				
3	Transmitir de forma lógica o procedimento.				
4	Favorecer um ambiente com conforto térmico independente da estação do ano.				
5	Utilizar termos de conhecimento popular na explicação dos procedimentos.				
6	Dominar a utilização dos equipamentos utilizados.				
7	Compartilhar informações necessárias para execução dos procedimentos.				
8	Conquistar confiança.				
9	Utilizar termos científicos na explicação dos procedimentos.				
10	Disponer de sala de espera com poltronas confortáveis.				
11	Explicar ao paciente quaisquer dificuldades que possam interferir na evolução do tratamento.				
12	Dominar contra-indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.				
13	Criticar atitudes do paciente.				
14	Ambientar local bem higienizado.				
15	Permanecer junto ao paciente durante a execução dos procedimentos.				
16	Utilizar mobilização passiva para demonstrar procedimentos.				
17	Expressar-se com clareza.				
18	Demonstrar paciência para com o paciente.				
19	Demonstrar preocupação com os constrangimentos do paciente.				
20	Mantener os equipamentos em bom estado de conservação.				
21	Ter som ambiente.				
22	Usar gestos para explicar procedimentos.				
23	Dominar conhecimentos sobre as limitações dos pacientes.				
24	Exemplificar programas de tratamento.				
25	Demonstrar-se cuidadoso durante os procedimentos.				
26	Mantener o piso em bom estado de conservação.				
27	Demonstrar organização nas tarefas a serem executadas.				
28	Indicar tratamentos alternativos.				
29	Expressar-se com objetividade.				
30	Dominar contra-indicações fisiológicas dos procedimentos.				

Os itens listados abaixo descrevem comportamentos no processo de interação fisioterapeuta paciente.		Não se aplica	Pouco importante	Importante	Muito importante
ASSINALE O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE VOCÊ ATRIBUI PARA CADA ITEM					
31	Identificar limitações do paciente.				
32	Dominar indicações fisiológicas dos procedimentos.				
33	Proporcionar um ambiente com índices de iluminação suficientes.				
34	Utilizar jargões para explicar termos.				
35	Dominar técnicas utilizadas durante os procedimentos.				
36	Marcar previamente o atendimento do paciente.				
37	Ser capaz de diagnosticar o quadro patológico em questão.				
38	Dominar conhecimentos sobre o desenvolvimento motor humano.				
39	Demonstrar previamente os movimentos a serem executados.				
40	Demonstrar disposição para com o paciente.				
41	Exigir a participação do paciente no tratamento.				
42	Possuir ambiente com boa ventilação.				
43	Demonstrar estar contente com o trabalho.				
44	Disponer no ambiente material para esterilização e limpeza dos equipamentos.				
45	Explicar termos difíceis.				
46	Dominar conhecimentos sobre as técnicas de avaliação utilizadas.				
47	Incentivar verbalmente durante os procedimentos.				
48	Demonstrar domínio sobre a patologia.				
49	Demonstrar otimismo.				
50	Prover feedback quanto a evolução do tratamento.				
51	Dominar indicações biomecânicas dos exercícios utilizados.				
52	Manter-se em constante atualização profissional.				
53	Motivar o paciente na participação do tratamento.				
54	Manter organização dos equipamentos.				
55	Ser capaz de identificar erros no diagnóstico realizado.				
56	Planejar previamente os procedimentos utilizados.				
57	Dominar técnicas diferenciadas.				