

2º CICLO DE ESTUDOS

MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Relatório de estágio: o controlo sintomático em cuidados paliativos

Ana Manuela Pereira de Ascensão

2024



FACULDADE DE MEDICINA



RELATÓRIO DE ESTÁGIO: O CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

POR ANA MANUELA PEREIRA DE ASCENSÃO

**PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE EM CUIDADOS PALIATIVOS PELA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO**

SOB ORIENTAÇÃO DA PROF. DOUTORA MARIA FRANCISCA REGO

PORTO, 30 DE JULHO DE 2024

RESUMO

Este trabalho pretende ser um relatório descritivo no âmbito do 2º ciclo de estudos em cuidados paliativos, tendo por base a realização de um estágio técnico-científico num Serviço de Cuidados Paliativos, em contexto de internamento, no Instituto Português de Oncologia do Porto.

A escolha da realização de um estágio teve como principal objetivo a possibilidade de aplicar na prática os conhecimentos adquiridos previamente no 1º ciclo de estudos, na área de formação em enfermagem, junto com uma equipa multidisciplinar treinada. A escolha teve por objetivo a possibilidade de aprofundar o olhar sobre a importância da interdisciplinaridade e da abordagem holística nos cuidados prestados, bem como a aquisição de uma maior consciência da importância de um suporte psicossocial em momentos de grande vulnerabilidade.

O presente relatório encontra-se organizado em três partes: enquadramento teórico, evolução histórica e legislação em Portugal; caracterização do local de estágio e apresentação dos objetivos definidos para o mesmo e o desenvolvimento do tema a que me propus, considerado de relevância para o desenvolvimento de competências: o controlo de sintomas.

Através da realização deste estágio tive a possibilidade de adquirir e aprofundar conhecimentos e experiência na prestação de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos. Com recurso a observação direta das interações que são estabelecidas e através da ação/prática, este estágio permitiu-me desenvolver competências específicas ao reconhecer e participar da resolução de situações problema, com espírito crítico, participando na elaboração de planos de cuidados personalizados em colaboração com a equipa e a pessoa portadora de doença avançada, incurável e progressiva e sua família/cuidador(es) de referência.

Palavras-Chave: cuidados paliativos; competências; enfermagem; estágio técnico-científico

ABSTRACT

This work is intended to be a descriptive report of the 2nd Studies Cycle in Palliative Care, based on a technical-scientific internship in a Palliative Care Service, in an inpatient setting, at the Instituto Português de Oncologia do Porto.

The main aim of choosing to do an internship was to be able to put into practice the knowledge acquired previously in the 1st cycle of studies, in the area of nursing training, alongside a trained multidisciplinary team. The aim was to deepen my understanding of the importance of interdisciplinarity and a holistic approach to care, as well as to become more aware of the importance of psychosocial support in times of great vulnerability.

This report is organized into three parts: theoretical framework, historical evolution and legislation in Portugal; characterization of the internship site and presentation of the objectives defined for it and the development of the theme I set out to develop, considered relevant to the development of skills: symptom control.

Through this internship, I was able to acquire and deepen my knowledge and experience in the provision of nursing care in palliative care. Through direct observation of the interactions that are established and through action/practice, this internship allowed me to develop specific skills by recognizing and participating in the resolution of problem situations, with a critical spirit, participating in the elaboration of personalized care plans in collaboration with the team and the person with an advanced, incurable and progressive illness and their family/caregiver(s) of reference.

Keywords: competencies; nursing; palliative care; technical-scientific internship;

“Os cuidados paliativos não são sobre morrer, são sobre viver bem até ao fim.”

Cicely Saunders

Às pessoas que cuido,
que constantemente me desafiam a ser uma pessoa melhor,
tanto a nível pessoal como profissional, levando-me sempre à reflexão
sobre a importância do cuidar, do tempo e dos detalhes.

Em especial à minha avó Arménia,
que foi a primeira pessoa da família que cuidei no final da sua vida no conforto do seu lar.
Acredito sinceramente que ela viveu melhor até ao fim dos seus dias, graças aos cuidados
paliativos que recebeu. Estes cuidados, não focados na cura, permitiram que ela fosse vista
como uma pessoa única, com uma história pessoal e com desejos particulares. Em relação à
família acredito ter acompanhado e realizados os ensinamentos necessários nesta etapa, família
esta que a envolveu e acompanhou neste processo de uma forma exemplar, o que me
encheu de orgulho. Avó, espero que tenhas sentido que foste bem cuidada até ao fim,
perdoa qualquer fragilidade no meu cuidar, procurei sempre cuidar de ti com foco na tua
dignidade e qualidade de vida até ao último momento.

AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso foi possível graças ao apoio e encorajamento de várias pessoas que acreditaram em mim e incentivaram este percurso. Assim, gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos:

À Nádía, companheira e amiga de profissão, que sempre teve uma palavra de amizade e incentivo. A sua energia e força foram fundamentais para que, após concluir a pós-graduação em cuidados paliativos, eu decidisse embarcar no mestrado, enriquecendo ainda mais o meu percurso enquanto pessoa apaixonada pelos cuidados paliativos. Obrigada Nádía!

À Enfermeira Ana Pereira, orientadora no local, que partilhou comigo a sua sabedoria em cuidados paliativos, pela sua assertividade e dedicação ao trabalho. Agradeço pelas experiências enriquecedoras durante o estágio e pelo conhecimento valioso que adquiri ao seu lado. Com ela evolui como profissional de enfermagem em cuidados paliativos. Obrigada Ana Pereira!

À Professora Doutora Maria Francisco Rêgo, por aceitar orientar este trabalho e pela sua disponibilidade demonstrada. Agradeço pelas orientações precisas e pelo conhecimento transmitido, fundamentais para o sucesso deste trabalho. A ela, o meu sincero obrigado!

Ao Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, e ao Serviço de Cuidados Paliativos, por me acolherem e permitirem a realização do estágio nas suas instalações, bem como pelo aprendizado valioso proporcionado pelos seus diferentes profissionais. A todos, o meu profundo agradecimento!

A todas as pessoas doentes, e seus familiares/cuidadores, por permitirem que eu fizesse parte do seu processo de doença, especialmente durante os momentos de grande vulnerabilidade e intimidade, como o processo de fim de vida. Agradeço pelo privilégio de poder ter feito parte das suas histórias.

A todos os profissionais com quem trabalho no hospital, pela paciência, sabedoria, resiliência e exemplo diário. Obrigada por tudo o que me permitem aprender e crescer.

Aos meus pais, por proporcionarem os recursos necessários para a minha formação em enfermagem e pelo seu apoio e carinho ao longo deste percurso. Obrigada por estarem ao meu lado, com orgulho, mesmo nos momentos mais desafiantes face ao caminho percorrido e a percorrer!

Aos meus irmãos, porque são um exemplo a seguir, de entrega à humanidade e ao outro. Dois seres, de coração gigante, que me ensinaram a querer ser melhor a cada dia e a valorizar o desenvolvimento pessoal e espiritual como um caminho enriquecedor a seguir. A vocês manos, obrigada!

Ao meu companheiro, Dionísio, que apesar de um percurso pessoal e profissional diferente, procurou compreender e apoiar o meu caminho, mostrando-se disponível para colaborar na organização do meu dia a dia e por estar ao meu lado, apoiando-me na busca pelos meus objetivos. Desta forma consegui fazer este percurso menos sobrecarregada a nível pessoal, profissional e académico. Obrigada Dionísio, espero poder retribuir todo o apoio que recebi de ti!

ÍNDICE

1. CUIDADOS PALIATIVOS	14
1.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA	14
1.2 EM PORTUGAL	16
1.3 PRINCÍPIOS E FILOSOFIA	18
1.4 GESTÃO DE SINTOMAS	19
2. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO - SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS	21
2.1. ORGANIZAÇÃO E SERVIÇO	21
2.2. OBJECTIVOS	24
2.3 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	24
3. CONTROLO SINTOMÁTICO	30
3.1 ANOREXIA - CAQUEXIA	30
3.2 ASTENIA	34
3.3 DOR	39
3.4 DISPNEIA	48
3.5 OBSTIPAÇÃO	55
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	
ANEXO I: Declaração de Honra	

I. CUIDADOS PALIATIVOS

I.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Até o século IV a.C. não se considerava ético tratar alguém que estivesse doente durante o processo de morte. Os médicos temiam ser punidos por desafiar as leis da natureza. Somente com a disseminação do cristianismo é que surgiu a necessidade de prestar apoio às pessoas, nascendo em Roma, por Fabíola, uma instituição com o objetivo de ajudar, como resultado do seu compromisso enquanto pessoa cristã (Capelas et al, 2017).

Nesta época o alívio sintomático era o objetivo principal do tratamento clínico, dado as doenças evoluírem de acordo com a sua história natural. Somente no século XX ocorreu uma transferência de orientação da medicina para a descoberta das causas e cura das doenças, ficando o controlo sintomático para segundo plano (Capelas et al., 2017).

A abordagem moderna dos Cuidados Paliativos (CP), que integra cuidados clínicos, formação e investigação, só surgiu entre o final dos anos 50 e início dos anos 60, no século XX. Foi Cicely Saunders, através da sua proximidade com as pessoas, quem observou uma tendência de ocultar a condição clínica à pessoa doente. Além disso, notou que a morte estava a ser transferida para os hospitais, resultando em uma crescente supressão da expressão emocional em público diante da morte, o que indicava uma perda, por parte da sociedade, de estratégias para lidar com a sua própria mortalidade (Capelas et al., 2017).

Em 1948, Cicely Saunders conheceu uma pessoa com 40 anos em processo de fim de vida devido a um cancro. Esse encontro desempenhou um papel crucial no desenvolvimento dos CP, inspirando Cicely a aprofundar o seu conhecimento sobre o adequado controlo de sintomas, como a dor. Como resultado, em 1967, no Reino Unido (Londres), ela fundou o St. Christopher's

Hospice,destinado a oferecer apoio a pessoas em fim de vida (Capelas et al., 2017).

Em 1966, Elisabeth Kübler-Ross nos Estados Unidos da América desenvolveu também um trabalho pioneiro na área dos CP, o qual muito contribuiu para a compreensão da fase final da vida (Capelas et al., 2017; Correia et al, 2017).

Durante os anos 80, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu os CP nos seus conceitos e enfatizou a importância de integrá-los na abordagem ao doente oncológico. Mais tarde, a OMS desenvolveu uma definição formal de CP e estes cuidados foram reconhecidos pelo Conselho de Europa como cuidados necessários e básicos. Surge posteriormente a especialidade de Medicina Paliativa (Capelas et al., 2017).

Em 2014, a European Declaration on Palliative Care foi lançada, destacando a importância de reconhecer os CP como uma prioridade na saúde. Esta declaração defende a necessidade de critérios claros para referenciar e garantir acesso oportuno a esses cuidados. Além disso, preconiza que todas as instituições de saúde ofereçam acesso a equipas e serviços especializados em CP, com profissionais qualificados focados nas necessidades da pessoa doente e da sua família. Também enfatiza a importância de aumentar a consciencialização da população acerca da temática (Capelas et al., 2017).

Em 2015, a Assembleia Mundial da Saúde documenta um aumento das necessidades de CP em diversas populações, incluindo em pessoas idosas, pessoas com doença não oncológica e crianças. Destacou-se a importância de integrar os CP em uma continuidade de cuidados ao longo da vida, especialmente nos serviços de saúde primários, visando promover uma maior equidade na acessibilidade. A persistência de sofrimento evitável é potenciado pela falta destes cuidados (Capelas et al., 2017).

Atualmente, os cuidados de saúde podem ser divididos em dois modelos principais: o curativo e o paliativo. O modelo curativo é centrado na investigação, diagnóstico e tratamento com o objetivo de curar a doença e prolongar a vida da pessoa doente. Muitas vezes, isso pode levar a tratamentos agressivos, mesmo quando a cura não é mais viável. Por outro lado, o modelo paliativo se concentra nas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida através do controle dos sintomas. No entanto, conforme mencionado por Chochinov (2006), os cuidados paliativos devem ir além do mero controle dos sintomas, sendo crucial também preservar a dignidade da pessoa, ajudando-a a sentir-se valorizada até o fim da sua vida (Pereira, 2012).

Apesar das diferenças entre os modelos curativo e paliativo, ambos podem coexistir na prestação de cuidados de saúde. A integração dos modelos curativo e paliativo melhora a qualidade de vida das pessoas doentes, e uma transição gradual do enfoque curativo para o paliativo deve ser feita conforme as necessidades da pessoa e da sua família, incluindo apoio no período de luto. A Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2006) argumenta que os cuidados paliativos não devem ser vistos apenas como cuidados de fim de vida, mas como uma abordagem estruturada e ativa para tratar doenças crônicas e progressivas. Segundo a ANCP, essa abordagem deve começar desde o diagnóstico, aumentando conforme as necessidades da pessoa doente o justificarem (Pereira, 2012).

I.2 EM PORTUGAL

Os CP em Portugal têm aproximadamente duas décadas. Eles tiveram início em 1992 com a inauguração da Unidade de Dor no Hospital do Fundão, que rapidamente evoluiu para um Serviço de Medicina Paliativa dentro da mesma instituição (Capelas et al., 2017).

Dois anos depois, a primeira Unidade de Cuidados Paliativos com serviços de consultoria intra-hospitalar e apoio domiciliário foi estabelecida no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, seguida pelo IPO de Coimbra em 2001 (Capelas et al., 2017). No momento presente, o IPO do Porto dispõe de um Serviço de Cuidados Paliativos. No decorrer destes eventos, em 1995, foi fundada a Associação Nacional de Cuidados Paliativos, atualmente designada de Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

Em 2002, teve início o primeiro Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, enquanto em 2003, a Dor foi oficialmente reconhecida como o 5º Sinal Vital. Posteriormente, em 2004, os CP foram definidos como uma área prioritária no Plano Nacional de Saúde (Capelas et al., 2017).

No ano de 2005, mais de 24 mil pessoas entregaram uma petição na Assembleia da República, exigindo que os CP fossem reconhecidos como um direito universal. Solicitaram também que fossem incluídos na Constituição da República Portuguesa e considerados parte integrante dos serviços de saúde providenciados pelo Estado. Todos os Grupos Parlamentares concordaram com a importância de estabelecer uma rede de CP. Como resultado, em 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que integra os Cuidados Paliativos. Essa iniciativa representou um grande impulso para a visibilidade e progresso dos CP em Portugal (Capelas et al., 2017).

Em 2011, a Ordem dos Enfermeiros aprovou o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Em 2013, a Ordem dos Médicos também aprovou o Regulamento de Competências em Medicina Paliativa. A Rede Nacional de Cuidados Paliativos foi estabelecida em 2015 (Capelas et al., 2017).

Atualmente em Portugal, foi desenvolvido o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental para o

biénio 2023-2024. Este plano visa assegurar uma dotação adequada de Recursos Humanos na Rede Nacional de Cuidados Paliativos, além de agilizar o uso de plataformas digitais como ferramentas de trabalho e para a promoção do conhecimento. O plano também procura definir claramente os critérios de qualidade e estabelecer metas a serem alcançadas, sendo composto por quatro eixos: cuidados centrados na pessoa; formação; qualidade, organização (Silva et al., 2023)

1.3 PRINCÍPIOS E FILOSOFIA

Os CP são um modelo de saúde multidisciplinar, humanizado e rigoroso, dedicado a aliviar o sofrimento das pessoas para que este não se torne intolerável e destrutivo. Estes cuidados abrangem diferentes dimensões humanas, incluindo questões existenciais e psicológicas, e envolvem não só a pessoa doente, mas também aqueles que são sua família, pessoas próximas e/ou cuidadores desta (Correia et al., 2017).

Em 2002, a OMS definiu os CP como uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pessoas que enfrentam doenças incuráveis e/ou graves, com prognóstico limitado e define os CP como cuidados que visam prevenir e aliviar o sofrimento, abordando aspectos físicos, psicossociais e espirituais (Correia et al., 2017).

A OMS destaca a importância dos CP, sublinhando que estes se baseiam em princípios como o alívio da dor e de outros sintomas angustiantes. São cuidados que afirmam a vida, sem negar a morte e considerando-a um processo natural (não procurando cessá-la ou adiantá-la). Estes cuidados visam ajudar a pessoa a viver tão ativamente quanto possível até ao seu último dia. Além disso, os CP oferecem suporte às necessidades da pessoa doente e da sua família durante a doença e no processo de luto, adotando uma abordagem multidisciplinar. Ao melhorar a qualidade de vida dos envolvidos, influenciam positivamente o decurso da doença. Não sendo

cuidados exclusivos de fim de vida, são cuidados que podem ser aplicados desde o início do curso da doença (Cruz, 2013).

Segundo os princípios orientadores dos CP, presentes no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental estes são cuidados orientados para a pessoa, família e cuidadores, enfatizando uma comunicação eficaz, a tomada de decisão compartilhada e a promoção da autonomia pessoal, estendendo-se também ao processo de luto; são cuidados que devem estar disponíveis e ser oferecidos a todos que enfrentam uma doença ativa, avançada e progressiva, independentemente do diagnóstico; valorizam a vida enquanto reconhecem que a morte é uma parte inevitável da existência; os familiares e cuidadores são valorizados e recebem suporte adaptado às suas necessidades e são cuidados especializados e fundamentados em evidências científicas (Silva et al., 2023).

Diante do exposto, os CP são um dever ético que refletem o direito fundamental à morte digna. Frente aos desafios e limitações técnicas, estes cuidados destacam o muito que pode ser feito pela pessoa doente, incluindo a definição de objetivos e o planeamento dos cuidados em conjunto com a pessoa doente e a sua família.

I.4 GESTÃO DE SINTOMAS

A par de uma comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa, o controlo de sintomas é uma ferramenta essencial em CP (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Um sintoma é uma percepção somato-psíquica que ocorre em resposta a um estímulo nóxico, real ou potencial, sendo subjetivo e por isso só pode ser descrito pelo próprio. A descrição sofre influência de aspectos como o estado de ânimo, significado, ambiente e grau de adaptação emocional à situação (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Dado que os sintomas em CP têm uma prevalência elevada, são múltiplos e combinados, evolutivos, cambiantes, influenciam de forma negativa a qualidade de vida da pessoa doente e sua família (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Os cinco principais sintomas em CP, segundo o National Hospice Study são: anorexia, cansaço, dor, dispneia e obstipação (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Para um adequado controlo de sintomas é necessário que exista um planeamento e ação individualizados e graduais perante a pessoa doente. A estratégia passa por:

1. Procurar os sintomas, recorrendo a listas de sintomas e/ou escalas que permitam uma recolha de dados sistematizada;
2. Antes de tratar, avaliar, caracterizando o sintoma (tipo, frequência, duração, intensidade, localização, fatores desencadeantes e de alívio, sintomas associados, impacto nas actividades diárias e a nível emocional na pessoa doente) e ponderar realizar meios complementares de diagnóstico e terapêutica de acordo com o que tiver sido definido nos objetivos terapêuticos;
3. Tratar de acordo com a doença e os objetivos terapêuticos definidos para a pessoa doente;
4. Prevenir e tratar efeitos secundários;
5. Trabalhar em equipa multidisciplinar;
6. Informar a pessoa doente, família/cuidador e equipa terapêutica (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

2. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO - SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

2.1. ORGANIZAÇÃO E SERVIÇO

O Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) do IPO do Porto ocupa dois pisos no Edifício G da instituição.

Cada piso possui 20 quartos individuais, com WC partilhado a cada dois quartos. Tendo o estágio sido realizado no piso 2, descrevo mais detalhadamente este piso, que possui duas casas de banho com chuveiro e uma com banheira de hidromassagem. Há também uma pequena sala de estar, um WC para funcionários e acompanhantes e uma copa para os profissionais de saúde. A equipa é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, psicólogos, nutricionista, assistente social e espiritual, administrativa e voluntários.

As valências disponíveis incluem equipa intra-hospitalar, internamento, assistência domiciliária, consulta telefónica e consulta externa.

Para que uma pessoa possa ser acompanhada pelo SCP do IPO do Porto, é necessário que esta esteja inscrita na instituição, ter 18 anos de idade ou mais, e a sua doença ser oncológica e incurável com carácter avançado e progressivo. Além disso, a pessoa doente deve aceitar a admissão ao serviço de forma esclarecida e consentida.

A equipa intra-hospitalar oferece suporte às pessoas internadas na instituição, que não estão no Serviço de Cuidados Paliativos por ausência de vagas no serviço específico.

No internamento o apoio é prestado, à pessoa doente e família, num período contínuo de 24 horas por dia. As pessoas podem ser admitidas no mesmo, para controlo sintomático, exaustão do cuidador e/ou cuidados de final de

vida. No internamento existe uma mais valia que é a possibilidade da presença de um acompanhante 24 horas por dia. O horário de visitas é das 9h às 21h, não existindo um número mínimo de visitas, sendo contudo permitido um máximo de 3 visitantes simultâneos.

Os médicos de cuidados paliativos prestam apoio e cuidados nos dias úteis, até às 16h30. Fora deste horário, é necessário recorrer ao médico de permanência da especialidade de Medicina Oncológica, apesar de se encontrar em fase experimental uma tentativa para que o serviço possa ter um médico de cuidados paliativos de permanência até às 20h nos dias da semana. Os enfermeiros trabalham por turnos de forma a garantir a prestação de cuidados 24 horas por dia.

O apoio domiciliário é uma solução para pessoas que têm dificuldade em se deslocar à consulta externa e/ou pretendem receber cuidados em casa. Devido à escassez de recursos humanos, este apoio geralmente é realizado em articulação com o centro de saúde da área de residência.

A consulta telefónica, com um telemóvel próprio, oferece suporte rápido e acessível, evitando deslocações desnecessárias. Funciona de segunda a sexta-feira, no período entre as 8 e as 15 horas. A pessoa doente e/ou familiar/cuidador pode ligar para a consulta telefónica quando necessitar de algum apoio, sendo que fora deste horário deve contactar o serviço de cuidados paliativos se necessário esclarecer ou apoio em alguma situação ou em casos mais urgentes o Serviço de Atendimento não Programado (SANP). Por outro lado, o enfermeiro responsável pela consulta telefónica realiza alguns telefonemas com o objetivo de acompanhar e criar maior proximidade nas seguintes situações: aproximadamente uma semana após a primeira consulta na especialidade, para saber se surgiu alguma dificuldade ou dúvida com a terapêutica, ou outro anseio; após uma alta hospitalar é realizado um telefonema no dia a seguir caso existam várias dúvidas e anseios ou inseguranças por parte da pessoa doente ou família/cuidador ou então apenas uma semana após; é realizado ainda contacto telefónico de acompanhamento no luto, 1 mês após o falecimento da pessoa doente, com

o cuidador de referência, sendo aplicado um inquérito e caso necessário a pessoa (ou algum familiar/cuidador que seja referenciado pela pessoa contactada) é encaminhada para o apoio psicológico.

Na consulta externa, as consultas são agendadas conforme as necessidades da pessoa doente e família. O horário de funcionamento das consultas é das 8 às 17 horas, existindo dois enfermeiros (um com o horário das 8 às 15 horas e outro das 10 às 17h). Aqui são prestados cuidados que permitam assegurar o conforto e bem estar de ambos, podendo ser administrados fármacos, realizados tratamentos e colheitas, assim como a execução de ensinamentos e treino de competências conforme necessário. Na primeira consulta, é feito o acolhimento, integração ao serviço e uma abordagem inicial, surgindo posteriormente as consultas de seguimento/acompanhamento.

Recentemente foi ainda inaugurado um espaço novo, de forma a procurar uma maior humanização dos cuidados e prestar um apoio mais integral às pessoas que se encontram neste serviço de cuidados paliativos e seus familiares/cuidadores. Este é o Espaço Fundação “la Caixa”, existente no mesmo piso do serviço de cuidados paliativos (piso 2), instalações essas criadas no âmbito do Programa para o Apoio Integral a Pessoas com Doenças Avançadas - Humaniza da Fundação “la Caixa”. Este é um programa desenvolvido em Portugal desde 2018 que pretende dar apoio emocional, social e espiritual (assim como apoio no luto e apoio aos profissionais). No Espaço Fundação “la Caixa” existe uma Equipa de Apoio Psicossocial (EAPS) que em colaboração com os profissionais de saúde do serviço de cuidados paliativos, proporciona um ambiente sereno com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação de doença crónica avançada e seus familiares/cuidadores. Através de uma atmosfera acolhedora, procura fornecer apoio psicológico e social, sendo também realizados neste espaço atividades e workshops que permitam uma maior bem estar,, reduzindo o stress e favorecendo a comunicação para aqueles que possuem uma doença incurável e todos aqueles que estão em redor deste, como os profissionais.

A equipa do SCP rege-se por valores como a humanização e a responsabilidade social, procurando ativamente o cuidado holístico, com foco em medidas de conforto e qualidade de vida, sendo a dignidade da pessoa doente uma prioridade.

2.2. OBJECTIVOS

A prática clínica foi guiada por objetivos gerais e específicos.

Nos objetivos gerais procurou-se a integração numa equipa multidisciplinar e o acompanhamento de diversos internamentos e casos clínicos num serviço de CP. O foco principal era adquirir competências práticas na área e no controlo de sintomas, aplicando o conhecimento teórico adquirido durante o primeiro ano do ciclo de estudo na prática clínica em CP. Além disso, procurou-se estabelecer uma relação terapêutica de forma a facilitar o enfrentamento das sucessivas perdas, o momento da morte e o luto. Outro objetivo foi aprimorar e desenvolver a capacidade de implementar planos de cuidados individuais, considerando as necessidades e desafios presentes. Aprofundar o senso de reflexão ético-crítica e a capacidade de tomar decisões sobre questões complexas, de acordo com os princípios dos cuidados paliativos, também foi um dos objetivos gerais.

Como objetivos específicos, foram definidos a participação na monitorização e controlo de sintomas em CP, o desenvolvimento e demonstração de habilidade interpessoais e de comunicação ajustadas a cada situação e problemática, e a elaboração de um relatório de estágio que reflita a análise crítica realizada ao longo do período de estágio.

2.3 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O estágio técnico-científico contou com um total de 482 horas de contacto, (sendo obrigatórias 408 horas), durante as quais foi possível experienciar as valências de internamento, consulta externa e apoio domiciliário em CP. A maior parte das horas foi dedicada ao contexto de internamento, proporcionando um acompanhamento mais contínuo e direto à pessoa doente e à sua família, permitindo uma melhor percepção da evolução do quadro clínico e uma maior consciência da eficácia das intervenções realizadas (declaração de honra, em ANEXO I).

Nos cuidados paliativos, o controlo de sintomas é uma componente crucial, para melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças graves ou terminais. No contexto de estágio foram observados e acompanhados diversos casos, de pessoas com doença oncológica, sendo partilhado em seguida uma caracterização da amostra:

- foram observadas cerca de 50 pessoas com doença oncológica, ao longo de aproximadamente 5 meses.
- a maioria do sexo feminino, contudo pouca discrepância em relação ao sexo masculino
- a média das idades foi de 68 anos, com uma variação entre 45 e 89 anos de idade
- os cancros mais comuns foram cancro do pulmão, seguido do cancro da mama, gastrointestinal e da próstata

Relativamente à analgesia farmacológica foram utilizados com frequência opióides como a morfina e fentanil. Analgésicos não opióides como paracetamol e anti-inflamatórios foram utilizados em menor quantidade, para controlo de dor ligeira. O paracetamol foi administrado maioritariamente para controlo de hipertermias. Em algumas situações de dor refratária procedeu-se a bloqueios de nervos e administração de terapêutica através de bombas de infusão com administração contínua de opióides.

Em casos de dispneia foi administrada morfina e, por vezes, aplicada oxigenoterapia, verificando-se que o uso de oxigénio tem um efeito tranquilizador em algumas das pessoas doentes.

Foi possível observar que é prática comum a prescrição de laxantes quando presente uma prescrição de opióides, verificando-se também que a obstipação é uma preocupação frequente da pessoa doente e família/cuidador.

Relativamente a astenia, verificou-se o quanto esta pode limitar a independência da pessoa doente e a capacidade para realizar atividades de importância para esta. Preparar a pessoa doente para momentos relevantes para esta, de forma a que possa desfrutar o máximo possível dos mesmos, foi possível em algumas situações, verificando-se a importância deste cuidado na qualidade de vida da pessoa e redução do seu sofrimento.

Na anorexia foi evidente um maior sofrimento por parte da família/cuidador, sendo um desafio a explicação da alimentação em processos de fim de vida e a necessidade de alterar os hábitos alimentares para alimentos preferidos, em menor quantidade e conforme a vontade da pessoa doente.

Breve descrição/ amostra de casos:

Caso A: Sexo feminino, 55 anos de idade com carcinomatose pulmonar avançado. Casada, tem três filhas (22, 26 e 29 anos de idade). Apresenta astenia intensa, com perda ponderal >10% nos últimos dois meses. Demonstra sintomas de depressão e atualmente está muito dependente dos cuidados do marido e das filhas. Fica internada por agravamento da sua situação clínica e aumento da dependência, com exaustão dos cuidadores. Nos últimos tempos, tem permanecido pela cama e está relutante em aceitar cuidados. Quando internada, foi providenciada uma avaliação nutricional, com introdução de suplementos alimentares para melhorar o estado nutricional e combater a perda do peso. Foi também solicitado apoio pelo serviço de psicologia, quer para a pessoa doente quer para os seus familiares/cuidadores. Ajuste da terapêutica antidepressiva. Junto dos familiares/cuidadores foram realizados ensinamentos sobre a importância do autocuidado e das estratégias de coping. Pela maior permanência no leito,

realizados ensinamentos sobre a importância dos posicionamentos frequentes, aquisição de colchões especiais e cuidados à pele. Foram ainda realizados ensinamentos sobre a importância da gestão do espaço físico no domicílio, de forma a que se tenha um ambiente o mais confortável e tranquilo possível, conforme as preferências da pessoa doente. Quando o estado nutricional e psicológico melhorado, e familiares/cuidadores recuperados e com maiores estratégias, foi dada alta para o domicílio tendo sido explorados possíveis serviços de apoio domiciliar, que foram requisitados. Estas intervenções permitiram de forma holística melhorar a qualidade de vida e controlar os sintomas de forma eficaz, contribuindo para um maior bem estar da pessoa doente e família/cuidadores.

Caso B: Sexo masculino, 74 anos de idade, diagnóstico de carcinomatose gastrointestinal. Viúvo, vive na casa de uma filha, que é a principal cuidadora. Já em seguimento por cuidados paliativos, está a fazer analgesia com morfina no domicílio por dor abdominal. Após observação, fica internado por anorexia e náuseas, não evacuando há cerca de 7 dias e recusando a toma da terapêutica laxante. Durante o internamento, apresenta dor não controlada, tendo sido realizada uma avaliação contínua da dor. Foi realizado ajuste da terapêutica analgésica até se obter um controlo eficaz da dor, conforme necessário e considerando a resposta e tolerância. Algumas técnicas não farmacológicas para alívio da dor foram aplicadas como calor local, técnicas de relaxamento (imaginação guiada e técnicas de respiração). Avaliação e ajuste da dieta conforme a tolerância e gosto da pessoa, pelo serviço de nutrição. Foi prescrita medicação antiemética. Realizado toque retal, verificando-se a presença de fezes moles na ampola, e aplicados microclisteres com efeito. Após o controlo das náuseas, houve tolerância para a administração dos laxantes. Quando a dor e as náuseas estavam controladas e o trânsito gastrointestinal regularizado, foi dada alta para o domicílio. Foram realizados ensinamentos à família, com foco no controlo eficaz da dor e na prevenção/tratamento da obstipação.. As intervenções realizadas permitiram uma melhora significativa na qualidade de vida da pessoa e família que se sentiu mais preparada para lidar com a situação no futuro e identificar sinais de alerta e complicações.

Caso C: Sexo feminino, 67 anos de idade com cancro da mama metastizado. Casada, sem filhos. Internada por dispneia intensa com intolerância ao esforço, com evidência de cianose e necessidade de comunicar através de frases curtas. Foi colocada oxigenoterapia por cânula nasal para garantir saturações entre 90 e 92% - valores de oxigénio foram sendo ajustados conforme a necessidade. Foram administrados broncodilatadores, corticoides e morfina por via subcutânea. Administrados ansiolíticos para gestão da ansiedade associada à dispneia e ensinadas técnicas de relaxamento como respiração profunda. Foi providenciado apoio por psicologia de forma a ajudar a pessoa a lidar com o stress emocional associado à sua situação clínica e apoio espiritual por parte do capelão dado a pessoa ter manifestado interesse. Providenciado também apoio psicológico ao marido, que presenciava a dispneia da esposa com muita angústia. Realizados ensinamentos à pessoa e marido, sobre a gestão da dispneia e uso de oxigenoterapia no domicílio. Alta para o domicílio com aporte de oxigénio e agendamento de visitas ao domicílio posteriores, até maior tranquilidade da pessoa doente e marido na vivência com a dispneia e correta gestão da mesma. Transmitir tranquilidade e comunicar acerca da dispneia e do seu controlo, demonstrou-se de grande utilidade.

O controlo eficaz dos sintomas através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas foi crucial para proporcionar conforto e dignidade às pessoas com doença avançada. Perante os breves casos apresentados é possível notar a diversidade de abordagens que podem ser realizadas em cuidados paliativos, destacando a importância de uma equipa multidisciplinar e de um plano de cuidados individualizado.

A relação terapêutica mostrou-se de grande importância no enfrentamento das sucessivas perdas. Foi crucial uma comunicação empática tanto com a pessoa doente como com a sua família/cuidador, de escuta ativa e fornecimento de informação clara e honesta. Validar os medos, fornecer informação sobre os próximos passos e tratamentos, garantiu que a pessoa se sentisse ouvida, informada e com capacidade para confiar na equipa

clínica. A possibilidade de apoio psicológico e espiritual, foram também cruciais para que a pessoa fosse capaz de lidar com as diferentes mudanças físicas (alterações da imagem, aumento da dependência e necessidade de apoio) e a nível social e pessoal, assim como para a pessoa se preparar para a etapa final da vida. A preparação para o momento da morte e o luto, foi possível graças a discussões francas sobre os desejos e planos de cuidados de fim de vida, ajudando o familiar/cuidador ao autocuidado e a reajustar a sua vida no futuro, sem a pessoa querida. A vida sendo um constante processo de mudança e adaptações, está constantemente em renovação do seu sentido. As doenças, provocam momentos de crise, sendo momentos desafiantes na busca do significado da vida.

Desta forma, é importante foi importante reconhecer e lidar com as dimensões espirituais e existenciais da pessoa, escutando ativamente as suas narrativas pessoais, ajudando à sua análise e reflexão, colaborando assim no processo transformativo emergente e reconciliação existencial:

- repensar acontecimentos vividos e valorizando os que foram mais intensos;
- procurar o sentido sobre o que está a viver encontrando razões para continuar a viver;
- libertar velhos sentimentos de culpa, ajudando a promover a emergência de aspectos positivos;
- reconciliação consigo mesmo, com os outros e/ou com uma entidade superior colocando assuntos pendentes e relações adiadas em ordem;
- estabelecer a vida para além de si mesmo falando de esperança e transcendência;
- estimular a expressão de sentimentos de gratidão e reconhecimento;
- conectar o passado e o futuro com o presente

(Barbosa & Neto, 2010).

3. CONTROLO SINTOMÁTICO

De acordo com a experiência por mim vivenciada em estágio e os sintomas principais dos CP segundo o National Hospice Study, irei me focar nos cinco sintomas: anorexia-caquexia, astenia, dor, dispneia e obstipação, com maior referência ao doente oncológico dado o diagnóstico clínico das pessoas que acompanhem.

3.1 ANOREXIA - CAQUEXIA

A anorexia define-se como um estado de má nutrição severo, onde ocorre perda involuntária de peso e massa muscular, normalmente superior a 5-10% do peso pré-morbidez. Caso as perdas sejam superiores a 10% do peso normal nos últimos seis meses, ou superior a 5% no último mês, podemos estar perante um caso de desnutrição (Gonçalves & Capelas, 2016).

Na anorexia a perda de apetite pode ser de causa primária (síndrome anorexia-caquexia) ou secundária (como por exemplo alterações do paladar, náuseas, vômitos). É um sintoma comum em fases avançadas de uma doença, podendo ser causa de sofrimento significativo, tanto para a pessoa doente como para a sua família/cuidador (Gil, 2014). Provoca cansaço fácil com generalizada debilidade, contribuindo para a perda progressiva da capacidade funcional. Associado à anorexia podem ainda surgir palidez, edema dos membros inferiores, úlcera de decúbito, atrofia muscular e alterações dentárias. Todas estas alterações modificam a imagem corporal da pessoa doente, causando-lhe perda de identidade e consequente sofrimento (Barbosa & Neto, 2010). A anorexia manifesta-se entre 80% a 90% dos doentes terminais, sendo a sua incidência superior em pessoas com cancro gástrico. É prevalente em pessoas com cancro da cavidade oral, do pulmão ou da próstata e surge mais raramente em pessoas com cancro hematológico e da mama (Gonçalves & Capelas, 2016).

A caquexia, por sua vez, é definida como a perda de peso acentuada e perda de massa muscular, sendo definida nas pessoas com cancro como um dos sintomas mais avassaladores. A caquexia está associada a uma diminuição da sobrevivência; aumento de complicações quando cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia; anorexia, náuseas crônicas e fraqueza; e sofrimento para a pessoa doente e seus cuidadores (Gil, 2014). Em geral, as pessoas portadoras de tumores sólidos (à exceção do cancro da mama) apresentam uma frequência elevada de caquexia, sendo que vinte por cento vêm a falecer devido à sua deterioração nutricional mais do que propriamente devido à doença. Surge em 15 a 40% das pessoas com doença oncológica, atingindo 80 a 90% das pessoas em situação de doença avançada (como cancro, SIDA e doenças degenerativas e neuromusculares), sendo uma manifestação habitual em fase terminal (Barbosa & Neto, 2010).

Quando existe um estado severo de má nutrição, que ocorre como resposta do organismo à presença de um tumor, estamos perante a síndrome anorexia-caquexia, sendo por isso comum nas pessoas com doença oncológica. Na síndrome ocorre diminuição na ingestão de alimentos, alterações hormonais e metabólicas, combinando perda de peso e de proteína muscular e visceral, náusea crônica, anorexia e astenia (Barbosa & Neto, 2010).

Os critérios de diagnóstico da síndrome anorexia-caquexia incluem: perda de peso, pelo menos 2,2Kg nos últimos 2 meses e/ou ingestão calórica diária inferior a 20 Kcal/kg; a pessoa doente expressar vontade de aumentar o peso e/ou o apetite; a opinião da equipa de saúde ser de que o ganho de peso será benéfico para a pessoa (Gonçalves & Capelas, 2016).

Relativamente à etiologia, existem múltiplos fatores associados e apenas alguns são reversíveis. A anorexia pode ser induzida pelo cancro, como os efeitos locais do tumor e alterações do paladar. A terapêutica por seu lado pode também iniciar ou agravar a anorexia, provocando náuseas, vômitos, disfunção gastrointestinal e mucosite como é o caso dos citostáticos. De alguma forma, os fármacos que tem obstipação como efeito adverso, também

levam à anorexia (os mais incriminados são a amitriptilina, a clorpromazina, a loperamida, o midazolam, a morfina e o verapamil). Fármacos como amiodarona, amitriptilina, baclofeno, carmustina, inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECAs) e o metronidazol são fármacos que também podem provocar alterações do paladar. Os anticonvulsivantes (como a fenitoína, a carbamazepina, o valproato de sódio) bem como alguns antibióticos (como a amoxicilina, a eritromicina, o fluconazol e o metronidazol) podem ser responsáveis por náuseas e/ou vômitos (Barbosa & Neto, 2010).

Neste sentido, as ações e cuidados a definir devem favorecer a adaptação a uma ingestão reduzida e uma manutenção da satisfação com a alimentação, devendo existir um aconselhamento nutricional especializado. As refeições devem ser de acordo com as preferências da pessoa doente, diversificadas, e pequenas. (Barbosa & Neto, 2010)

Um suporte nutricional intensivo, como a alimentação parentérica ou entérica, em pessoas em fase terminal, está apenas indicada se contribuir para o bem estar e melhoria de qualidade de vida, dado que não se verifica uma melhoria dos resultados dos tratamentos e uma redução da morbidade. (Barbosa & Neto, 2010)

Diferentes situações, diferentes cuidados:

1. Caso a pessoa doente apresente odinofagia e/ou disfagia os alimentos devem ter consistência pastosa, temperatura fria ou morna e a ingestão de líquidos favorecida. A pessoa deve ser incentivada a mastigar e a deglutir de forma lenta e incentivada a evitar alimentos ácidos, especiarias, álcool e tabaco.
2. Nos casos de xerostomia deve ocorrer também um aumento da ingestão de líquido, os alimentos devem ser pastosos e o consumo do álcool e do tabaco igualmente evitados, sendo que a salivação pode ser estimulada através da ingestão de alimentos ácidos ou rebuçados.

3. Quando estão presentes alterações do paladar deve-se optar por procurar uma melhoria no sabor dos alimentos, recorrendo a ervas aromáticas, molhos e especiarias.
4. Na presença de náuseas e/ou vômitos o número de refeições e líquidos deve ser aumentado (não devendo os líquidos serem ingeridos junto com as refeições), devendo estes ser frios ou mornos e pobres em lípidos. A toma de antieméticos previamente às refeições pode contribuir para a melhoria e controlo dos sintomas como as náuseas e vômitos.
5. Caso o doente apresente síndrome diarreica a alimentação deve ser sem fibras e sem lactose. O número de refeições também deve ser aumentado e o aporte de líquidos superior. Antidiarreicos (como a loperamida) estão indicados. No quadro oposto, em que se verifique obstipação, os alimentos devem ser ricos em fibras e administrados laxantes, devendo procurar-se um aumento da atividade física, se tolerada (Barbosa & Neto, 2010)

As refeições, no geral, devem ser de conteúdo proteico e calórico superior (Barbosa & Neto, 2010). Um método que pode ser usado é a adição de 2 a 4 colheres de sopa de leite em pó desnatado em 580 ml de leite integral, podendo a pessoa usar este preparado em cereais, sopas e pudins. Uma outra estratégia é adicionar manteigas, cremes ou queijos e feijões ou lentilhas em batatas e sopas. Quando a pessoa apresenta saciedade precoce pode acrescentar proteínas aos lanches através por exemplo de iogurtes tipo grego, sementes, queijo e abacate. As refeições devem ser iniciadas pelos alimentos fortificados devendo ser evitados alimentos com pouco ou nenhum valor nutricional e é dada ênfase à criação de rituais de refeições familiares com ambiente agradável (Gonçalves & Capelas, 2016).

Podem ainda ser prescritos estimulantes do apetite como o acetato de megestrol (AM) e corticosteroides, devendo contudo o seu uso fazer-se de forma transitória e pelo menor período possível, sendo que as medidas farmacológicas apresentam pouco sucesso (Barbosa & Neto, 2010). O uso de corticosteroides, como a dexametasona, é mais indicado em pessoas com

baixa expectativa de vida dado os seus efeitos colaterais potenciais em doses cumulativas, ao passo que o AM pode ser utilizado em pessoas com uma expectativa maior de vida, devendo ser evitado quando há histórico de eventos trombóticos. Existem ainda evidências de que a anamorelina reverte a anorexia em pessoas com cancro do pulmão. A anamorelina é um fármaco com uma meia-vida de quase 7 a 12 horas que estimula o apetite e tem demonstrado capacidade de melhorar a anorexia em CP. Este último fármaco reverte os sintomas da anorexia e aumenta a massa magra das pessoas com cancro avançado do pulmão, podendo ser uma opção para cuidar o síndrome anorexia-caquexia em pessoas com cancro. A dosagem utilizada nos estudos foi de 100mg/dia. (Gonçalves & Capelas, 2016).

O investimento deve centrar-se na explicação dos sintomas, nas medidas de adaptação à situação, com reforço pedagógico regular de que a caquexia não beneficia de ingestão alimentar forçada (Barbosa & Neto, 2010).

Em conclusão, a síndrome anorexia-caquexia é um sintoma de difícil controlo, de elevada prevalência em pessoas com doença oncológica que se encontram em cuidados paliativos, de etiologia multifatorial. Quando presente, condiciona a qualidade de vida da pessoa doente e por esse motivo deve ser tida em consideração aquando da elaboração do plano de cuidados de forma a prevenir o surgimento da mesma. Através da comunicação, a pessoa doente e família/cuidador devem obter tranquilidade e confiança, através de ensinamentos acerca do controlo sintomático farmacológico e não farmacológico, de forma a que se possa alcançar a maior qualidade de vida possível para pessoa doente e sua família/cuidador. Os maiores desafios encontram-se a nível da gestão dos recursos, nomeadamente a nível do trabalho interdisciplinar (Gonçalves & Capelas, 2016).

3.2 ASTENIA

A astenia/fadiga é um sintoma multidimensional em cuidados paliativos, tendo uma alta prevalência em pessoas em fim de vida. Com impacto significativo na qualidade de vida, é o sintoma mais referido por pessoas com cancro. Em situações de cancro avançado ocorre em 60 a 90% das pessoas podendo ter relação com o tratamento ou a própria doença. Iyer et al., verificaram que a astenia estava presente em 100% das pessoas com cancro avançado do pulmão. Em cuidados paliativos a astenia é observada em pessoas com VIH, esclerose múltipla, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica, em grandes percentagens. Na demência é observada em 94,4% das pessoas nos dois últimos dias de vida (Cruz et al., 2017). A prevalência da astenia em pessoas que estão a fazer quimioterapia ronda os 80-90%, atingindo um pico ao sétimo dia e diminuindo até ao ciclo seguinte, estando muitas vezes associada ao grau de anemia. A que surge durante a radioterapia é progressiva e surge por volta da quarta semana aumentando progressivamente até à sexta semana, normalizando nos três meses seguintes. (Barbosa & Neto, 2010).

A astenia significa ausência ou perda de força e em pessoas em fase terminal pode ter várias etiologias desde alterações neuromusculares, problemas emocionais como ansiedade e depressão até alterações bioquímicas e hematológicas (como desidratação, dor, febre, anemia, diabetes e imobilidade) até ser induzida pelo próprio tratamento (diuréticos, antihipertensores, antidiabéticos, cirurgia, etc) (Barbosa & Neto, 2010). A fisiopatologia da astenia, em pessoas a serem cuidadas em paliativos, não é totalmente compreendida. Menciona-se uma fadiga primária com provável relação com a terapêutica e uma secundária de síndromes concomitantes e comorbilidades (a título de exemplo, em doenças como cancro avançado do pulmão a astenia foi significativamente agravada por dor e dispneia e outros sintomas como a depressão e ansiedade) (Cruz et al., 2017).

A astenia pode ainda ser um sintoma que precede o diagnóstico ou pode ser o principal sintoma a ser manifestado na doença, podendo estar presente em todo o percurso e agravada pelos tratamentos como por exemplo cirurgias,

radioterapia e quimioterapia. Este último factor por influenciar a decisão da pessoa em aceitar ou não certos tratamentos (Barbosa & Neto, 2010).

É importante fazer uma história clínica cuidadosa para distinguir este sintoma de fadiga generalizada de uma fadiga localizada causada por doenças musculares ou neurológicas, sendo geralmente definido como um sintoma subjetivo e inespecífico de exaustão física e psíquica. É também importante distinguir como fenómeno fisiológico que acompanha o esforço físico e mental, considerada habitualmente como protetora e benéfica contra o excesso de exercício. A fadiga associada a uma doença terminal é descrita como angustiante (Barbosa & Neto, 2010) e contribui para a perda progressiva da capacidade funcional, diferenciando-se da fadiga do dia a dia por esta ser temporária e reverter com o repouso (Sousa, 2012).

Na abordagem à astenia, defende-se que o melhor a fazer é encorajar a pessoa doente a aceitar o sintoma (o que infelizmente para muitos é o que será necessário fazer). É necessário encorajar pessoa doente e família/cuidador a aceitar a dependência e limitações, que possa surgir, como um estado natural, explicando o processo previsível e o plano de tratamento. Explicar quais as atitudes que não podem ser tomadas e aquilo que pode ser feito (Barbosa & Neto, 2010).

A astenia quando relacionada com o cancro pode ter três dimensões: sensação física (redução da capacidade para o trabalho manual); sensação afetiva (com humor depressivo e diminuição do nível de energia) e sensação cognitiva (com perturbação da memória e falta de concentração) (Barbosa & Neto, 2010).

Relativamente à etiologia, esta é multifactorial. A produção de citocinas pelo tumor sugere a existência de uma componente inflamatória. Este facto explica o efeito benéfico do ibuprofeno em algumas pessoas. Existem também alterações das miofibrilhas que levam à produção excessiva de lactato no músculo e a estimulação constante do sistema activador reticular.

Em muitas pessoas, no entanto, a etiologia é desconhecida (Barbosa & Neto, 2010).

Embora a caquexia seja a causa maior para a astenia, a astenia pode ocorrer sem caquexia. E pela doença oncológica, as pessoas perdem predominantemente músculo, inclusive músculo cardíaco, ocorrendo então fadiga fácil e dispneia (Barbosa & Neto, 2010).

A astenia deve então ser avaliada e investigada as causas da mesma, devendo a pessoa doente e a família/cuidador serem ajudados a compreender os sintomas e trabalhar a aceitação. Os receios devem ser escutados e as atividades de vida diárias adaptadas (dividir e diminuir o trabalho, criar lista de tarefas ao longo do dia, fazer maiores períodos de repouso) sendo aconselhadas técnicas de relaxamento. Pode ajudar fornecer equipamento que facilite a autonomia da pessoa doente como cama hospitalar, andador ou cadeira de rodas, adaptação de suportes nas casas de banho. Os fármacos podem ainda ser adaptados de forma a que aqueles que estejam relacionados com perda de energia possam ser ajustados à situação e causas não relacionados com o cancro corrigidas (como hipercalcemia, alterações bioquímicas, eletrolíticas e endócrina, infeções intercorrentes e alterações do sono) (Barbosa & Neto, 2010).

Outras estratégias para lidar com a astenia podem ser a meditação, a aromaterapia, a reflexologia e a foot soa, que parecem aliviar a fadiga e melhorar o desempenho físico em pessoas com cancro em fase terminal (Cruz, 2015) Para evitar a dor muscular e articular da pessoa acamada, mobilizações podem ser úteis, evitando a dor das mesmas. Atividades de distração como ler, jogar ou ver televisão e enfatizar acontecimentos positivos pode ser benéfico no controlo do sintoma (Barbosa & Neto, 2010).

Em relação ao repouso em pessoas com astenia, existe uma relação entre a astenia e a realização de sestas, não sendo estas recomendadas para aliviar a astenia, pela interferência que poderá ter no ritmo circadiano, impedindo o repouso noturno. Também não são recomendadas as sestas pelas

descrições que existem de que a intensidade da astenia tende a aumentar no início do dia diminuindo à medida que o dia avança (Arregui & Bruera, 2014).

Nos casos de anemia, as transfusões têm demonstrado apenas benefício transitório, podendo justificar-se ocasionalmente quando a pessoa pretende vivenciar um evento importante ou quando a anemia deriva de hemorragia. Se hemoglobina (Hg) <8g/dl transfusão em função do benefício e se Hg > 8 < 10g/dl administrar eritropoietina, se a resposta for inferior a 1g/dl suspendendo a terapêutica se não houver resposta. Défices de ferro devem ser corrigidos (Barbosa & Neto, 2010).

Dado a astenia tratar-se de um sintoma complexo, pela sua fisiopatologia, subjetividade e impacto na qualidade de vida da pessoa doente, a abordagem farmacológica é apenas um dos componentes importante para o controlo da mesma (Cruz et al., 2017).

Existem algumas medidas farmacológicas que podem ajudar. O uso de corticosteroides pela ação de inibição das substâncias induzidas pelo tumor, pode ser benéfico em pessoas com doença oncológica, mais ainda pelo facto de poder aumentar e estimular o apetite, colaborando em outros sintomas que possam coexistir. A metoclopramida ou a domperidona podem também aumentar o apetite em pessoas com motilidade gastrointestinal reduzida. Os progestagénios, onde o efeito pode durar alguns meses, apresentam bons resultados em pessoas com cancro da mama, da próstata e em tumores não hormono-dependentes. Através do uso de ibuprofeno 1200 mg/dia (ou através de um outro anti-inflamatório), AM (160-800 mg/24h) ou acetato de medroxiprogesterona 400mg/24h o efeito dos progestagénios pode ser aumentado. Em pessoas com astenia, letargia e sonolência pode ainda ser utilizado metilfenidato como estimulante central ou para antagonizar os efeitos secundários dos narcóticos, sendo os efeitos visíveis na dose de 5-10 mg/dia ao fim de 24h. Quando a astenia tem relação com fatores de origem emocional podem ser prescritos antidepressivos tricíclicos ou inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) como a paroxetina ou a serotonina (Barbosa & Neto, 2010).

Perante um final que não pode ser alterado, existem estratégias que permitem melhorar a qualidade de vida da pessoa. Melhorias mínimas da astenia da pessoa doente podem ser suficientes para que o sintoma se torne menos relevante. Pequenos passos na melhoria da condição da pessoa doente pode significar muito para todos (Barbosa & Neto, 2010). Mesmo que não seja possível eliminar na totalidade a astenia, a sua redução é relevante, devendo ser sempre estabelecidos objetivos realistas e acessíveis, de forma a não causar frustração. Numa fase mais avançada da doença a astenia é um sintoma inevitável e até mesmo protetor, pelo que se deve suspender tratamentos em curso direcionados, dado que não se justifica o seu tratamento (Sousa, 2012).

3.3 DOR

A dor é um sintoma frequente de impacto elevado na vida das pessoas com doença oncológica. Um controlo ineficaz da dor prejudica a qualidade de vida e provoca sofrimento desnecessário (Barbosa & Neto, 2010).

É um dos sintomas mais temidos pelas pessoas com doença oncológica e precisa de ser considerada na sua integridade, por meio de quatro componentes da dor total: física, psíquica, social e espiritual (Gomes & Melo, 2023).

No momento do diagnóstico oncológico, trinta por cento das pessoas apresenta o sintoma dor e 65% a 85% das pessoas com doença avançada irão sentir dor, sendo que dois terços classificam-na como sendo moderada a intensa. Os síndromes mais frequentes são a dor óssea oncológica, a dor neuropática, bem como a dor irruptiva ou contínua (Barbosa & Neto, 2010).

Apesar das linhas orientadoras eficazes existentes, o controlo da dor mantém-se de forma precária. As barreiras a um controlo de dor eficaz estão

relacionadas com os profissionais de saúde, com a pessoa doente e família/cuidador, e com o sistema de saúde:

1. Muitos médicos, enfermeiros e farmacêuticos não possuem os conhecimentos necessários para um controlo da dor eficaz, principalmente quando surge em conjunto com outros sintomas. Dado que a tolerância e dependência física, consequências previsíveis da administração a longo prazo dos opióides, serem muitas vezes confundidas com dependência psicológica (adição) e o facto de vários clínicos serem relutantes em receitar doses elevadas de opióides devido ao medo da depressão respiratória, o controlo da dor é ineficaz. A incapacidade de reconhecer a dimensão múltipla da dor é outra barreira dos profissionais, sendo que a extensão da dor pode ser subestimada;
2. A pessoa doente por sua vez, ao possuir medos semelhantes aos dos profissionais, opta por esconder ou minimizar a dor sentida, por medo a que a vida lhe seja encurtada ou dado o estoicismo;
3. O sistema de saúde por dificultar o acesso dos cidadãos aos analgésicos e opióides necessários para gerir a dor, a falta de políticas institucionais para o registo e avaliação adequada da dor, bem como a falta de recursos associados aos CP, são outro entrave ao controlo da dor eficaz. Os CP e a gestão da dor são também pouco representados nos programas curriculares de várias escolas de medicina (Barbosa & Neto, 2010).

A dor quando presente, afeta as atividades funcionais da pessoa, podendo causar alterações no sono, distúrbios de humor, sensação de fadiga, depressão, ansiedade e isolamento social, sendo considerada um dos factores mais comprometedores da qualidade de vida, principalmente em estadios avançados de doença, sendo por vezes de difícil controlo (Gomes & Melo, 2023).

A presença de fadiga, medo, ansiedade, insónia, raiva, isolamento social, alterações da percepção da autoimagem, depressão e comprometimento da capacidade funcional alteram são fatores que vão também alterar a percepção

que a pessoa tem da sua dor. Enquanto as emoções e a sensação de bem estar psicológico estão estreitamente relacionadas com o alívio da dor, a depressão e a ansiedade estão negativamente correlacionadas com esta (Gomes & Melo, 2023).

Um controlo eficaz da dor pode ser algo complexo, dado a dor ser uma experiência singular e subjetiva que vai além da sensação álgica no corpo, incluindo experiências emocionais e afetivas. Desta forma a dor deve ser compreendida como uma experiência multidimensional que necessita de ser avaliada através da perspetiva cognitiva e afetiva, além da meramente sentida a nível fisiológico (Gomes & Melo, 2023).

Uma relação de confiança com a equipa de saúde, um apoio social e familiar eficazes são elementos fundamentais no tratamento da dor, sendo o alívio do sintoma possível tanto através de técnicas farmacológicas como não farmacológicas (Gomes & Melo, 2023).

Relativamente às sensações dolorosas, existem diversos tipos de dor que podem ser classificados de acordo com a sua duração, fisiopatologia, etiologia, localização e de acordo com a necessidade do sistema nervoso simpático e local afetado, condicionando o tipo de tratamento a efetuar. A dor pode manifestar-se de forma contínua, descontínua, difusa ou perfurante. Quanto à classificação pode ser de origem neuropática (não nociceptiva) e nociceptiva (podendo ser de origem visceral ou somática). Relativamente à duração pode ser crónica ou aguda (Correia, 2021).

A dor aguda é uma dor com duração limitada e recente, sendo considerada a mais comum e ocorre geralmente como resposta a uma lesão de tecidos. Maioritariamente está associada a ansiedade e hiperatividade do sistema nervoso simpático (SNS) com aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória. Tem a duração de horas ou semanas (Correia, 2021; Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Em contrapartida, a dor crónica está associada à destruição dos tecidos e pode ocorrer devido a uma lesão contínua ou a uma disfunção do sistema nervoso periférico (que causa a dor neuropática) ou central. Tem a duração igual ou superior a três meses. Este tipo de dor tem repercussões na saúde física e mental da pessoa que a sofre, ocorrendo aumento da susceptibilidade à ansiedade, infeções, insónia e depressão, podendo em alguns casos conduzir ao suicídio (Correia, 2021; Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

A dor nociceptiva, ocorre quando existem lesões dos tecidos e está presente quando existe uma ferida, uma queimadura, uma fratura óssea, uma contusão ou qualquer ação que lesione os tecidos. Pode ser denominada de dor somática (quando os receptores são provenientes dos músculos, dos ossos, da pele, dos ligamentos ou das articulações, podendo ainda ser considerada dor profunda ou superficial. Descrita como moedeira. Superficial quando aguda, como nos caso de pequenas dimensões ou queimaduras de primeiro grau, profunda quando inicio silencioso, como no caso de fraturas ósseas, lesões ou rupturas ao nível dos ossos, músculos, tendões, articulações, ligamentos ou vasos sanguíneos) ou dor visceral (com origem em inflamação ou infeção dos órgãos, modificação da motilidade, isquemia ou neoplasia. Descrita como aperto. Frequentemente associada a palidez; sudorese; alterações da temperatura corporal, da frequência cardíaca e pressão arterial; náuseas e distúrbios gastrointestinais) (Correia, 2021; Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Por fim, a dor neuropática, não nociceptiva, ocorre após uma lesão a nível do sistema nervoso periférico, central ou nervoso. De difícil caracterização, dado que pode conter uma etiologia múltipla e variada, é encoberta muitas vezes por diferentes diagnósticos pelas alterações das vias sensitivas aquando da sua origem. Através de um bom diagnóstico pode ser apresentada como uma lesão ou evidência de doença neurológica (Correia, 2021). Pode ser disestésica, caracterizada como ardor constante, alodínia ou lancinante sendo descrita tipo choque. A dor neuropática contrariamente à dor nociceptiva é mais difícil de tratar, sendo que a última tem habitualmente uma

boa resposta ao tratamento. Dor mista ocorre quando a dor neuropática e nociceptiva ocorrem em simultâneo (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Quando surge uma dor repentina em pessoas com dor crónica, falamos de dor irruptiva. Este tipo de dor deve ser controlado com doses de opióides adicionais de libertação imediata. Pode ser usada a via oral, sublingual ou transmucosa (sendo que as duas últimas têm um início de ação mais rápido e duração mais curta em relação às orais), intravenosa ou subcutânea. Os opióides de libertação imediata podem também ser utilizados em determinados contextos, como tratamento de úlceras, para prevenir episódios de dor que possam ser despoletados. Quando a dor não está controlada, podemos administrar dose de resgate, que é uma dose de opióide de libertação imediata que vai corresponder a 1/6 a 1/10 da dose total do opióide basal nas 24h. Exemplos de opióides de libertação imediata são a morfina subcutânea, oral ou intravenosa; fentanilo sublingual ou transmucoso e buprenorfina sublingual (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Na prescrição de fármacos para o controlo da dor deve-se começar com doses baixas de libertação imediata e titular, prescrevendo sempre dose de resgate. Reavaliar o controlo da dor de forma regular e quando conseguido usar fórmulas de libertação prolongada. Quando a pessoa apresenta dor moderada, ou não tem a dor controlada com fármacos de primeiro grau (paracetamol, AINEs, metamizol), pode-se adicionar opióides do 2º grau por via oral (codeína, tramadol, tapentadol) ou em alternativa pode-se optar pela dose baixa de um opióide do 3º grau (morfina, oxicodona, hidromorfona, fentanil, buprenorfina, sendo que os dois últimos por terem metabolização hepática podem ser utilizados em pessoas com insuficiência renal em alternativa à morfina ou reduzida a dose da morfina ou alargado o intervalo entre as tomas da morfina) (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

O tramadol é recomendado como analgésico seguro e eficaz no 2º grau, tendo sido publicados em diversos estudos bons resultados no controlo da dor oncológica. Eficaz em diversos tipos de dor moderada, incluindo a dor

neuropática, parece causar menos reações adversas quando comparado com opióides tradicionais. Em pessoas com epilepsia ou a receber substâncias antiparkinsonianas, deve ser evitado. A dose oral recomendada é de 50-100 mg cada 4 a 6 horas.. A relação na conversão do tramadol oral para morfina parentérica, apesar de pouco clara, parece ser algures entre 1:4 e 1:10. Uma dose de 100 mg de tramadol parentérico parece ser equivalente a 10mg de morfina parentérica (Barbosa & Neto, 2010).

A morfina, presente no 3º grau, é considerada o tratamento de primeira linha da dor oncológica, considerada essencial pela Organização Mundial da Saúde (OMS). É um fármaco disponível numa variedade de fórmulas para haver alternativa quando as pessoas não forem capazes de deglutir (suspensões orais, comprimidos, supositórios e formas parentéricas, por exemplo). A dose inicial é geralmente de 5mg a 10mg oral a cada 4 horas com dose de resgate de 2,5 a 5 mg/h e a prática recorrente é dividir a dose oral em dois quando necessário converter para a via subcutânea e por três quando convertido para a via intravenosa (Barbosa & Neto, 2010).

A hidromorfona, derivado sintético da morfina, é útil quando são necessárias altas doses de opióides. Tal como o fentanil, são opções disponíveis quando existe alergia à morfina ou à codeína. A dose inicial num doente “virgem” em opióides geralmente é 1 a 2 mg cada 4 horas. Cinco vezes mais potente que a morfina, 10mg de morfina correspondem a 2 mg de hidromorfona. Tal como a morfina a dose necessita de ser reduzida a metade quando há modificação para a via subcutânea e reduzida a um terço na administração intravenosa (Barbosa & Neto, 2010).

O fentanil sendo um opióide semi-sintético é aproximadamente 80 a 100 vezes mais potente que a morfina. Dado que tem uma duração de ação muito curta (0,5 a 1 hora) quando usado via intravenosa ou subcutânea, é um fármaco útil para a gestão da dor irruptiva.. Existe nas fórmulas transdérmica, parentérica, sublingual e transmucosa oral. Os adesivos, disponíveis em diferentes doses, têm a duração de 72 horas, sendo que sua ação que aumenta após a aplicação/renovação, estabiliza 12 a 17 horas após. Quando

se muda de um opióide como a morfina para fentanil deve assim haver uma justaposição de aproximadamente 12 horas, antes da descontinuação do primeiro, a partir do momento que o adesivo é colocado. Quando se remove um adesivo para iniciar morfina, deve-se dar um intervalo de aproximadamente 12 horas antes de iniciar uma toma regular do segundo. A conversão de adesivo para infusão contínua intravenosa ou subcutânea é equivalente (Barbosa & Neto, 2010).

Dado a característica subjetiva e complexa da dor, a sua avaliação apresenta dificuldade elevada. Esta deve ser realizada de forma continuada e registada de forma detalhada, para que seja possível compreender a sua origem e determinar as intervenções mais adequadas e avaliar a eficácia das mesmas (Correia, 2021).

A avaliação deve acontecer num diálogo entre a pessoa doente e o profissional de saúde, de maneira a que possa ser entendida a influência que a dor tem na vida daquela pessoa. Deve ser quantificada a duração do sintoma, a gravidade do mesmo e a sua localização, fatores que a agravam e quais a aliviam (Correia, 2021).

Existem alguns instrumentos de avaliação da dor que podem ser aplicados como uma escala visual analógica, numérica, de faces ou verbal simples; o uso do diagrama corporal; instrumentos de avaliação qualitativos e de personalidade (Correia, 2021).

Relativamente ao tratamento da dor, as técnicas farmacológicas incluem fármacos analgésicos e adjuvantes. Podem ser opióides ou não opióides sendo a morfina o fármaco de referência dos opióides fortes e a codeína a referência dos opióides fracos. Nos analgésicos não opióides temos os AINEs onde se encontram os analgésicos antipiréticos como é o caso do paracetamol e do metamizol. Com relação aos fármacos adjuvantes, estes potenciam os analgésicos (diminuindo a toxicidade e minimizando os efeitos secundários) e interferem em fatores que podem agravar o quadro algico, sendo exemplos os corticosteroides, os antidepressivos, os relaxantes

musculares, os anestésicos locais, os anticonvulsivantes, entre outros (Correia, 2021).

Nas situações em que existe redução da capacidade analgésica por tolerância; efeitos adversos incontroláveis / toxicidade ou alteração de via de administração por perda de via oral ou comodidade, deve-se realizar a rotação de opióides. Quando realizar essa alteração ter atenção ao tempo de eliminação do opióide que se encontrava em uso anteriormente, de maneira a que não ocorra sobredosagem (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Em relação a intervenções não farmacológicas podemos falar de exercício, reabilitação e medicina física (de forma a evitar a ocorrência do “síndrome do desuso”, mantendo a flexibilidade muscular, reduzindo a perda de força e de massa muscular e favorecendo a circulação de retorno); acupuntura; estimulação eléctrica transcutânea (útil em casos de tendinites e lombalgias); massagem (melhorando a circulação sanguínea e provocando relaxamento muscular, conforto e bem-estar); termoterapia (aplicação de calor para diminuir a isquemia tecidual e aliviar a rigidez articular melhorando a inflamação superficial, aplicação de frio para reduzir o edema e em consequência a velocidade da condução nervosa e da atividade muscular) (Correia, 2021).

Dado que a dor é também um comportamento aprendido socialmente, na interação do ser humano com o meio envolvente, as medidas cognitivas comportamentais são também úteis no controlo da dor. A pessoa pode reaprender e/ou aprender comportamentos adaptativos, com reorganização do pensamento e do comportamento e aquisição de estratégias para o alívio da ansiedade (Correia, 2021).

A musicoterapia é uma medida que não requer necessariamente a concentração ou participação da pessoa doente. Sendo aplicada num período de 20 minutos diariamente, ao longo de duas semanas, pode diminuir a intensidade da dor significativamente, principalmente em pessoas idosas com dor crónica (Correia, 2021).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) pretende que ocorra uma aceitação da presença da dor, sem a tentar controlar, de forma a que ocorra a redução da ansiedade associada (Correia, 2021).

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) procura ensinar estratégias cognitivas (como a imaginação guiada, técnicas de distração) e comportamentais (actividades de relaxamento e prazer) de forma a que a pessoa consiga-se autorregular, melhorar a cooperação e reduzir a dor. A imaginação guiada é um método cognitivo que permite a alteração de padrões cognitivos negativos ou mal-adaptados, ao permitir a diminuição da resposta autónoma e da tensão muscular. Pela imaginação, atua também como distrator e reduz a sintomatologia da dor (Correia, 2021).

A hipnoterapia também permite que a pessoa atinja um estado semelhante ao transe facilitando o seu relaxamento e aumentando a aptidão para as mudanças comportamentais (Correia, 2021).

O toque terapêutico (imposição das mãos de forma intencional, estimulando fibras sensitivas à superfície da pele) gera relaxamento muscular e estimulação a nível neurofisiológico permitindo uma redução da dor. A escuta ativa, que pode ser utilizada em combinação com o toque terapêutico ou não, permite a criação de uma relação terapêutica onde a pessoa doente pode partilhar as suas preocupações e obstáculos emocionais relativos à dor (Correia, 2021).

Alterações do ambiente físico, procurando criar um espaço calmo, com redução das luzes e um número reduzido de pessoas pode também ser uma medida benéfica no controlo da dor (Correia, 2021).

Relativamente ao tratamento dos efeitos adversos induzidos pelos opióides, as náuseas devem ser prevenidas associando nos três primeiros dias de toma de opióide, um antiemético. A prevenção da obstipação deve manter-se durante todo o período em que a pessoa esteja a realizar a terapêutica opióide (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Perante tudo o apresentando, a educação do doente deve ser o primeiro passo na gestão da sintomatologia, procurando fornecer à pessoa instrumentos para a autogestão da dor e melhorar as expectativas em relação à mesma. A educação passa pelo ensino relativamente ao diagnóstico, prognóstico, objetivos dos tratamentos e possível sintomatologia decorrente (Correia, 2021).

Para cuidar a dor existem alguns princípios básicos: evitar demorar no tratamento; no tratamento farmacológico a via oral deve ser a utilizada sempre que possível; aplicar a escala analgésica da OMS; a cobertura da dor deve ser mantida de forma regular; permitir doses extras de resgate; abordar outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais da pessoa doente (Barbosa & Neto, 2010).

Relativamente aos princípios básicos dos opióides: começar por doses baixas e depois titular quando analgesia adequada; antecipar e prevenir efeitos secundários comuns como náuseas e obstipação; abordar os possíveis medos da pessoa doente relativamente à adição e segurança explicando possíveis aumentos de dose no futuro; considerar os opióides apenas como uma parte da gestão da dor e vigiar regularmente o estado do controlo da dor e a eficácia do tratamento (Barbosa & Neto, 2010).

3.4 DISPNEIA

A respiração é um processo fisiológico natural, inconsciente e imprescindível à vida humana. Alterações ao seu ritmo com aumento do esforço respiratório, torna consciente os movimentos respiratórios e a fragilidade desta função corporal, podendo conduzir a situações de pânico pela experiência estar associada a uma aproximação da morte (Machado, 2012).

O termo dispneia é utilizado para definir uma sensação subjetiva de dificuldade respiratória ou falta de ar, sendo referida frequentemente como

uma situação causadora de angústia e medo, com expressões como falta de ar, sufoco, respiração pesada, fadiga em respirar e asfixia. É possível uma pessoa doente apresentar frequências respiratórias baixas e ao mesmo tempo sentir falta de ar, assim como estar taquipneico e não ter dispneia. (Machado, 2012). Dada a natureza subjetiva da experiência, a dispneia não está necessariamente correlacionada com a presença de parâmetros fisiológicos tal como a saturação e pressão de oxigénio e/ou de dióxido de carbono no volume sanguíneo (Gonçalves et al., 2012). Por vezes o termo dispneia é utilizado pela pessoa doente para descrever a sensação de aumento do trabalho respiratório ou quando pretende referir a sensação de limitação pela diminuição da tolerância ao esforço (Barbosa & Neto, 2010).

A dispneia é um sintoma frequente em pessoas com doença crónica, progressiva e incurável nos estadios mais avançados, aumentando de intensidade nas últimas semanas de vida da pessoa doente. Sendo um dos sintomas mais angustiantes é também um dos sintomas com elevada incidência no contexto dos cuidados paliativos, e o mais experienciado pelas pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica, estando presente em 15 a 55% da população ao longo da evolução de uma doença oncológica na generalidade, com um aumento de 18 a 79% na última semana de vida. Apenas 3% das pessoas em cuidados paliativos refere sentir-se com bem estar respiratório a maior parte do tempo (Gonçalves et al., 2012). Este sintoma é muito frequente em pessoas em processo de fim de vida. A sua incidência varia entre 48 a 70% e se situa perto dos 90% na população com doença oncológica que se encontra em estados avançados da doença (Barbosa & Neto, 2010).

A subjetividade da dispneia aumenta a dificuldade da correta avaliação deste sintoma e a sensibilidade individual de cada pessoa vai condicionar o seu grau de tolerância e aceitação da mesma (Barbosa & Neto, 2010). Define-se como desconforto respiratório e deriva da interação entre fatores ambientais, fisiológicos e sociais. É uma interpretação cognitiva e consciente da informação adquirida pelos sentidos, sendo influenciada por factores fisiológicos da própria doença, psicológicos (como as estratégias que a

pessoa desenvolve para lidar com o sintoma), sociais ou demográficos. A pessoa não vivencia o fenómeno da dispneia de forma isolada, mas em conjunto com outros sintomas, factores concomitantes de stress ou mecanismos existenciais e espirituais, pelo que o sucesso no controlo da dispneia será tanto maior quanto melhor e mais rápido forem identificados estes factores de stress e sintomas associados como a depressão, a ansiedade ou ataques de pânico (Gonçalves et al., 2012).

A dispneia é um sintoma que afeta a capacidade da pessoa executar tarefas do quotidiano, assim como a sua mobilidade, tornando-a dependente de outros. Por este motivo é um sintoma de grande desgaste psicológico e físico, tanto para a pessoa doente e família/cuidadores, pelo impacto que tem na qualidade de vida (Machado, 2012).

A etiologia é multifatorial podendo ser consequência (direta ou indireta) da invasão local ou disseminação de uma doença oncológica levando à obstrução das vias aéreas, derrame pleural ou ascite com distensão abdominal e elevação do diafragma, por exemplo. A dispneia também pode surgir como consequência da terapia como cirurgias a nível pulmonar, radioterapia e/ou quimioterapia com lesões fibrosantes pulmonares consequentes. Outras causas de dispneia são a caquexia com fraqueza dos músculos respiratórios em consequência, insuficiência cardíaca, anemia, dificuldade na mobilização das secreções e ansiedade, por exemplo (Barbosa & Neto, 2010).

A prova da marcha de seis minutos é um teste que pode ser aplicado em doentes com alguma autonomia e mobilidade para avaliar a funcionalidade respiratória da pessoa doente. Provas de leitura de números ou de flexão do membro superior são também úteis principalmente em pessoas que se encontrem numa fase terminal e com consequente acentuado compromisso funcional (Barbosa & Neto, 2010).

As escalas de avaliação poderão ser utilizadas para quantificar a presença e a intensidade da dispneia e as opções terapêuticas em cuidados paliativos

devem focar-se no alívio ou eliminação da dispneia, minimizar ou eliminar a hospitalização e restaurar a normalidade funcional. O controlo passará por tratar as causas reversíveis e quando tal não for possível, o alívio sintomático é primordial (Gonçalves et al., 2012).

O tratamento para a dispneia passam pelas estratégias farmacológicas e não farmacológicas, sendo que a eficácia da oxigenoterapia tem obtido resultados contraditórios, devendo ser utilizada apenas em pessoas com pressão parcial de hipóxia, dado que não se verificaram benefícios no alívio sintomático da falta de ar nos restantes. Pessoas com saturações abaixo dos 90% em repouso e esforço devem receber aporte de oxigénio. A opção pelas cânulas nasais deve ser priorizada de forma a reduzir a sensação de secura da boca e as alterações na comunicação e socialização. Por outro lado, fornecer oxigénio por cânula nasal pode ser considerado terapêutico pela consciência de uma intervenção e pela sensação do movimento do ar nas fossas nasais, afetando a sensação de dispneia e reduzindo a ansiedade (Gonçalves et al., 2012).

A utilização de opióides tem sido defendida como um potencial tratamento para a dispneia. Sabe-se que a sua ação modula a dispneia através de mecanismos de redução da ventilação por minuto, aumentando a eficácia ventilatória durante o esforço e reduzindo as respostas ventilatórias à hipoxemia e hipercapnia através da broncoconstrição. Os fármacos mais usados são a morfina, citrato de fentanilo e hidromorfona, sendo a via oral, subcutânea e em nebulização as mais estudadas. A morfina tem um início de acção por via oral de 15 a 30 minutos com um pico de acção entre os 30 minutos e as 2 horas após a administração. A morfina permite a melhoria da dispneia sem deteriorar a função respiratória, sendo que este opióide torna-se mais eficaz se associado ao midazolam pelo benefício na redução da intensidade da dispneia e da sua progressão (Gonçalves et al., 2012).

Devido ao seu efeito inibitório sobre o reflexo de tosse, a furosemida também tem sido indicada para aliviar a dispneia, ao prevenir a broncoconstrição e ao possuir uma ação indireta sobre as terminações nervosas sensoriais das vias

aéreas (Gonçalves et al., 2012). A furosemida pode ser administrada por várias vias, inclusive sobre a forma de nebulização, contudo as fórmulas nebulizadas não possuem vantagem comprovada e por isso não são recomendadas (Gonçalves et al., 2012; Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Em situações reversíveis de dispneia, como por exemplo em situações de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) o uso de broncodilatadores pode ser útil, devendo contudo ser suspenso se ausência de resposta sintomática. Quando ocorre falta de ar associada a ansiedade, as benzodiazepinas podem ser utilizadas, ocorrendo efeito relaxante ao nível dos músculos respiratórios, como por exemplo quando administrado midazolam ou lorazepam. Quando se combinam opióides e benzodiazepinas o alívio sintomático é maior e diminui a frequência das exacerbações, permitindo que sejam utilizadas doses mais baixas de cada um dos fármacos, do que se utilizada monoterapia (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

O uso de corticoides como a dexametasona (8-16 mg/dia na via endovenosa, subcutânea ou oral) ou a prednisolona (na dose equivalente na via endovenosa ou oral) podem ser usados em situações pontuais em que exista obstrução da via aérea, linfangite carcinomatosa, síndrome da veia cava superior, exacerbações de DPOC ou pneumonite rádica (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Quando está presente taquipneia ruidosa na pessoa que se encontra em fim de vida, pode justificar-se a utilização da butilescopolamina pelo seu efeito de relaxante muscular e propriedades antissecretoras, devendo ser administrado em perfusão dado o seu efeito antissecretor durar apenas cerca de 1 hora (Barbosa & Neto, 2010).

Nas fases mais iniciais podem ser utilizadas opções como:

1. quimioterapia paliativa (em casos de neoplasia do pulmão e da mama metastizada ou tumores colorretais);

2. radioterapia paliativa (em casos de neoplasia do pulmão, metástases endobrônquicas ou síndrome da veia cava superior);
3. terapêutica farmacológica dirigida à causa: uso de broncodilatadores, corticoides quando o broncoespasmo é fator condicionante da dispneia; uso de opióides sendo a morfina o fármaco de eleição; recurso a benzodiazepinas que reduzem a sensação de dispneia e a ansiedade associada como o diazepam, lorazepam ou midazolam e recurso a oxigenioterapia em casos de insuficiência respiratória e hipoxemia grave (saturações de O₂ inferiores a 90%). Fármacos psicotrópicos como fenotiazinas (frequentemente associadas à morfina, como é exemplo a clorpromazina) e buspirona (eficaz em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica ou quadros de ansiedade acentuados) podem também ser úteis no controlo da dispneia, sendo este último associado a uma menor ação depressora do centro respiratório do que as benzodiazepinas;
4. intervenções médicas como toracocentese ou paracentese evacuadora;
5. suporte transfusional nos casos de anemia, para controlo da dispneia (Barbosa & Neto, 2010).

Em casos particulares em que existe derrame pleural, pode ser ponderada uma toracocentese terapêutica, pleurodese com talco, shunt pleuroperitoneal (se a esperança de vida estimada em várias semanas/meses). Se presente um pneumotórax pequeno ou moderado, assintomático, aguardar drenagem espontânea, contudo se sintomático drenar independentemente das dimensões (e ponderar dreno torácica se houver persistência sintomática). Na particularidade do tromboembolismo pulmonar, por sua vez, deve ser tomada uma decisão terapêutica com base no prognóstico a curto prazo, privilegiando o controlo sintomático não insistindo em meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs) para diagnóstico definitivo - pode ser ponderada a hipocoagulação para controlo da dor pleurítica, da dor do membro inferior afetado ou dispneia, com heparina de baixo peso molecular via subcutânea, ajustada ao peso, 1 vez dia (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Nas fases mais avançadas deve apenas recorrer-se às medidas farmacológicas, não farmacológicas e cuidados de enfermagem (Barbosa & Neto, 2010).

Em medidas não farmacológicas, que não devem ser descuradas para segundo plano, deve ser dada importância à comunicação com a pessoa doente e família/cuidador em relação às dúvidas, receios e angústias que possam existir. Deve ser transmitida tranquilidade e firmeza na intenção concreta de controlar o sintoma e sofrimento associado. Para reduzir a sensação de dispneia podem ser tomadas medidas e realizados ensinamentos para que ocorra a otimização do espaço físico através da promoção da circulação e humedificação do ar, regular a temperatura do ambiente, procurando colocar o quarto numa divisão ampla com boa ventilação e poucos móveis (Barbosa & Neto, 2010; Machado, 2012).

A pessoa deve ser incentivada a obter ajuda de alguém na realização das tarefas da vida diárias de forma a adaptar o nível de atividade diária (por exemplo com medidas de suporte para as rotinas mais desgastantes como a higiene pessoal) sendo incentivada a cumprir períodos de descanso entre atividades e a executar as tarefas sentado sempre que possível (Barbosa & Neto, 2010; Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021). O uso de roupas apertadas, quentes, desconfortáveis ou que exijam esforço para vestir devem ser desaconselhadas (Barbosa & Neto, 2010).

Alguns tratamentos não farmacológicos passam pelo uso de ventiladores, técnicas de relaxamento muscular e de controlo da respiração, (respirar com os lábios franzidos e respiração diafragmática), técnicas facilitadoras da mobilização e remoção de secreções (como a cinesiterapia ou o uso de dispositivos de insuflação-exsuflação mecânica como o cough assist), vibração da parede torácica, estimulação elétrica neuromuscular, drenagem postural, posicionamentos, educação e abordagens cognitivo-comportamentais e terapias complementares como musicoterapia e

yoga. (Barbosa & Neto, 2010; Gonçalves et al., 2012; Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021; Machado, 2012).

Pela sensação de ar em movimento, o uso de ventoinhas com o ar direcionado para a cara, ou uma janela aberta que permita sentir a corrente de ar, ajudam na melhoria subjectiva da dispneia (Gonçalves et al., 2012; Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021)

A acupunctura também poderá ser benéfica pelo facto de poder melhorar a função pulmonar e a tolerância ao exercício físico, por se acreditar que esteja relacionado com a libertação de opióides endógenos (Gonçalves et al., 2012).

Em momentos de crise na dispneia deve ser proporcionado um ambiente calmo e a pessoa doente deve ser posicionada corretamente, semi-sentado na cama ou no cadeirão (Barbosa & Neto, 2010).

Uma vez mais, na intervenção na dispneia a comunicação é de grande importância, ajudando na avaliação da mesma, na realização de ensinamentos à pessoa doente e família/cuidador e ajudando a explorar o significado da falta de ar, da doença e do futuro. A pessoa deve encontrar um lugar seguro onde possa expressar a sua vivência (Gonçalves et al., 2012).

3.5 OBSTIPAÇÃO

A obstipação é um sintoma que tem diferentes percepções para diferentes pessoas. Algumas pessoas veem a obstipação como a necessidade de realizar esforço para defecar (52%), outras como a presença de fezes duras (44%), algumas como a incapacidade para defecar quando querem (34%) outras como defecar com pouca frequência (33%). Obstipação pode assim significar a eliminação em menor número do que o considerado normal de matérias fecais duras e difíceis de expulsar, persistindo às vezes a sensação

da necessidade de evacuar ou de esvaziamento incompleto acompanhado de mal estar abdominal (Barbosa & Neto, 2010).

Do ponto de vista clínico considera-se que uma pessoa se encontra obstipada quando sem recurso a laxantes refere pelo menos dois sintomas dentre os quais: menos de 3 movimentos intestinais por semana; fezes duras com sensação de esvaziamento incompleto em mais de 25% dos movimentos; excessivo esforço em mais de 25% dos movimentos e/ou a necessidade de manipulação digital para facilitar a evacuação. Para que seja considerada obstipação do ponto de vista clínico tem de apresentar dois destes sintomas num período de 12 semanas nos últimos 12 meses. (Barbosa & Neto, 2010)

Entre a obstipação funcional definida segundo critérios clínicos e a obstipação referida pela pessoa doente (obstipação auto-referida), ocorre com frequência discrepância (Silva, 2019)

Em doentes oncológicos a obstipação é uma situação frequente especialmente em contexto de doença avançada em que ocorre diminuição da atividade física com maior permanência pela cama; medicamentos, hidratação e alimentação deficitária. (Barbosa & Neto, 2010)

Nas pessoas admitidas num serviço de CP aproximadamente 45% apresenta obstipação, devendo esta ser prevenida de forma a evitar o surgimento de oclusão intestinal (onde quanto mais precoces forem as medidas maiores as possibilidades de evitar a situação de obstipação/occlusão). (Barbosa & Neto, 2010)

O trânsito cólico dura em média 20 a 72 horas. Recomendações dadas por gastroenterologia indicam que o cólon e o pavimento pélvico sejam avaliados de maneira a obter uma melhor compreensão acerca da etiologia dos sintomas da obstipação. Recomendam que seja estabelecido o tempo de trânsito cólico, que se realize uma manometria anorretal e um teste de expulsão de balão retal de forma a que possa ser identificada a subcategoria de

obstipação (obstipação de trânsito lento, obstipação de distúrbio de evacuação, distúrbio misto ou obstipação de trânsito normal). Através desta categorização será possível realizar intervenções direcionadas (Silva, 2019)

A diminuição da frequência de movimentos intestinais após o início da administração de opióides, para uma frequência inferior a três movimentos por semana é uma outra definição, sendo mencionada como obstipação induzida por opióides (OIO) (Silva 2019).

O uso de opióides facilita o surgimento de obstipação, por provocar a diminuição dos movimentos peristálticos e consequente trânsito intestinal lento com aumento da reabsorção da água a nível do intestino delgado e cólon. Nestes casos o uso de laxantes de contacto que relaxem as contrações anulares constituem a melhor medida. Quando se inicia o tratamento com opióides deve ser realizada uma prescrição sistemática de laxantes de forma a prevenir a obstipação. (Barbosa & Neto, 2010)

Existem ainda outros fármacos que são considerados de risco para a obstipação tal como antidepressivos tricíclicos, neurolépticos, antihistamínicos, diuréticos, AINE's, bloqueadores de canais de cálcio, anti-parkinsonícos, antiácidos, suplementos de ferro e de cálcio, devendo estes ser identificados e ponderados em pessoas em cuidados paliativos. O tratamento farmacológico deve ser revisto de forma a prevenir terapêutica causadora de obstipação (Barbosa & Neto, 2010; Silva, 2019).

Outros fatores de risco que existem para a obstipação, podem ser de origem orgânica ou funcional. A nível orgânico podemos dar como exemplos: a desidratação, a hipercalcemia, a hipocalemia, o hipotireoidismo, a diabetes mellitus, a uremia, neoplasias cerebrais, massas abdominopélvicas, fibrose de radioterapia, carcinomatose peritoneal e a dor oncológica/óssea/anorretal. Nos casos de hipotireoidismo, hipocalemia ou hipercalcemia, que podem ser reversíveis, o recurso a um estudo analítico através da colheita de sangue pode ser útil (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021; Silva, 2019). Relativamente aos de ordem funcional podemos referir: a ingestão pobre de

fibras e/ou nutrientes, a anorexia, a falta de privacidade, a necessidade de ser assistido nas idas à casa de banho, as crenças culturais, a inatividade e a existência de sedação (Silva, 2019).

É importante na abordagem à pessoa doente com obstipação perceber o impacto que esta tem nela. A obstipação é fonte de morbilidade, pode complicar-se e levar ao surgimento de hemorróidas, fissuras anais, náuseas, vômitos, retenção urinária, oclusão intestinal ou impactação fecal, diminuindo consideravelmente a qualidade de vida e produtividade da pessoa, afetando ainda o seu controlo da dor. A pessoa com obstipação pode apresentar incómodo e até dor, distensão abdominal, sabor mau na boca, língua saburrosa e até mesmo agitação ou estado confusional. Por isso, em casos de agitação ou dor, considerar a possibilidade de estar presente uma obstipação (Barbosa & Neto, 2010; Silva, 2019).

Relativamente aos cuidados a prestar a uma pessoa com obstipação, nos casos em que exista lesão do plexo pélvico (exemplo síndrome de cauda equina em que ocorre perda de sensibilidade retal e imobilidade) a estimulação retal digital pode ser indicada por originar a contração do cólon e consequente evacuação (Barbosa & Neto, 2010).

A realização de ensinamentos junto da pessoa doente e família/cuidador relativamente à normal diminuição das dejeções é de grande importância, devendo esta contudo manter uma regularidade de 3/3 ou de 4/4 dias (tendo em consideração o ritmo eliminatório anterior). Quando existir ausência de dejeções por um período superior a 3 dias é necessária a realização cuidada de toque retal (Barbosa & Neto, 2010).

É importante recorrer ao uso de registos escritos de forma a existir uma melhor vigilância da qualidade e quantidade das fezes, controlando e incentivando a hidratação. Um sumo de fruta fresco ou um copo de água gelada de manhã e em jejum, conforme o gosto e tolerância da pessoa doente, pode ser benéfico. Propor 120ml de sumo de ameixas entre 8 a 10 horas antes do horário previsto para evacuar (se existir). O chá preto deve

ser evitado assim como as bebidas adoçadas com açúcar branco e leite com chocolate (Barbosa & Neto, 2010).

A ingestão de fibras deve ser encorajada, como exemplo os cereais, pão, amêndoas, grão, frutos secos, ameixas, uva, melão, óleos vegetais, maçãs, entre outros, com uma hidratação adequada. Explicar que os frutos quando crus são mais laxativos se comidos com casca. Arroz, queijo, chocolate, bananas devem ser consumidos em menor quantidade (Barbosa & Neto, 2010).

Sempre que possível devem ser criadas condições para que os hábitos de eliminação sejam mantidos, com respeito pela intimidade e privacidade e providenciar alternativas à arrastadeira pouco convidativa (Barbosa & Neto, 2010).

A imobilidade e fatores favorecedores, devem ser evitados devendo a pessoa ser sensibilizada para o benefício do exercício, se tolerado. Devem ser executadas e incentivadas mudanças de posição, deambulação (Barbosa & Neto, 2010).

Outras medidas que podem ajudar as pessoas com obstipação é a adaptação dos sanitários (de maneira a facilitar a evacuação através da elevação do assento, almofadar ou aplicar pó de talco no bacio e/ou arrastadeira tornando mais confortável) ou solicitar a intervenção do fisioterapeuta para realizar massagem e manobras que ajudem à progressão do bolo fecal e das fezes no tubo digestivo. O calor das mãos e os movimentos circulares efetuados no sentido dos ponteiros do relógio a nível da barriga são facilitadores. A família/cuidador pode aprender a executar os movimentos, assim como a própria pessoa caso tenha força para tal (Barbosa & Neto, 2010).

A pessoa deve ser incentivada a comunicar os sintomas e potenciado o reflexo gastrocólico tentando defecar nos 30 minutos que procedem as refeições (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

Nos casos em que esteja presente diarreia, é necessário excluir-se a possibilidade de existência de fecalomas, pois uma impactação de fezes pode manifestar-se através da diarreia ou incontinência fecal (Barbosa & Neto, 2010; Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021).

O tipo de laxante a usar vai depender da causa da obstipação, características das fezes e aceitação/capacidade da pessoa doente. A sua toma deve ser regular de forma a evitar complicações (Barbosa & Neto, 2010). Dentro dos agentes expansores de volume existem a título de exemplo a metilcelulose e o farelo de trigo - estes retêm a água formando um gel que faz com que as fezes se mantenham hidratadas, contudo o seu uso excessivo pode levar a que a obstipação se agrave. Laxantes estimulantes, como o bisacodilo, a senna e o dantron têm um efeito predominantemente motor e secretor do intestino, sendo uma escolha na OIO por ajudarem a contrabalançar a atividade contrátil provocada pelos opióides (dado o potencial cancerígeno do dantron este está limitado a pessoas doentes em fim de vida). Frequentemente, a nível prático, é prescrita uma combinação de laxante estimulante com laxante emoliente, sendo considerados duas opções viáveis em cuidados paliativos - os laxantes como a lactulose ou macrogol, que são osmóticos, aumentam o volume de líquidos que chegam ao intestino grosso estimulando a secreção de água e acelerando o trânsito intestinal; já os laxantes como o docusato e a parafina, que são emolientes, aumentam a quantidade de água nas fezes o que vai diminuir a tensão superficial das mesmas e permitir o seu amolecimento. Nas pessoas doentes em cuidados paliativos o uso de laxantes expansores de volume, emolientes e parafina líquida são geralmente desaconselhados, sendo que vários estudos sugerem que a abordagem inicial da obstipação deve ser a prescrição de um laxante estimulante ou osmótico. Quando um destes agentes não surte o efeito desejado, está recomendado a adição de senna ao agente prescrito anteriormente (Silva, 2019).

Na gestão da OIO, apesar de ser recomendada a prescrição concomitante de um laxante osmótico ou estimulante, assim que um opiáceo é introduzido, a

lactulose por se tratar de um polissacarídeo não absorvível não está recomendada nestes casos por sofrer processos de fermentação no cólon que vão agravar a distensão abdominal. Um tratamento aprovado no tratamento da OIO é o uso de metilnaltrexona nos casos em que a resposta terapêutica aos laxantes tenha sido refratária e não exista oclusão intestinal. Existe evidência que quando administrada via subcutânea, a metilnaltrexona aumenta os movimentos intestinais às 4 e às 24 horas, ocorrendo defecação em 33 a 50% das pessoas, sendo a média de tempo necessário até que ocorra defecação de 30 minutos após a administração do fármaco. De uma forma geral verifica-se um aumento dos movimentos intestinais nas pessoas a tomar metilnaltrexona, resultando em defecação em 4 horas para a maioria, sem perda de analgesia ou efeitos secundários major (Silva, 2019).

Nas situações em que é identificada através do toque retal, impactação fecal, os supositórios e enemas são considerados a terapêutica de primeira. Ambos aumentam a quantidade de água e estimulam a peristalse que irá facilitar a expulsão das fezes. Apesar de terem um mecanismo mais rápido face aos laxantes orais, são contudo modalidades mais invasivas. Por sua vez, os enemas envolve o risco de perfuração e estão contra indicados em pessoas com neutropenia ou trombocitopenia, oclusão intestinal, íleo paralítico, cirurgia colorretal recente, megacólon tóxico, colite ulcerosa, radioterapia recente na área pélvica, entre outras (Silva, 2019).

Nas situações em que é necessário recorrer a evacuação manual realizar com recurso a lubrificante anestésico e/ou mesmo sedação. Enemas de limpeza podem ser realizados se impactação alta e/ou se laxantes orais e retais ineficazes (Barbosa & Neto, 2010).

Para que a obstipação seja prevenida, deve ser feita uma avaliação clínica detalhada onde seja possível identificar fatores de risco para a mesma. A pessoa deve ser questionada relativamente aos seus hábitos intestinais do passado e do presente (avaliando a frequência das dejeções e as suas características, sendo que a presença de sangue ou muco pode sugerir determinada condição clínica, como por exemplo a presença de

hemorróidas), se a dejeção requer esforço, se é dolorosa ou incompleta; se sente necessidade de defecar mas não consegue (podendo indicar uma obstrução retal ou a ausência de vontade indicar uma inércia cólica); se estão presentes outros sintomas como náuseas, vômitos, distensão abdominal, flatulência, agitação, confusão ou dor abdominal e se esta é tipo cólica, por exemplo. A pessoa deve ainda ser questionada sobre fatores ambientais como falta de privacidade ou necessidade de cuidador e obtidas ainda informações sobre o uso de fármacos (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021; Silva, 2019), de maneira a que as intervenções e os cuidados a serem prestados sejam o mais individualizados e direcionados possível.

Recorrer a meios complementares de diagnóstico, como a radiografia abdominal simples pode ajudar na distinção entre uma oclusão e a obstipação, não devendo contudo ser usados de forma rotineira em cuidados paliativos (Guia Prático de Controlo Sintomático, 2021) .

CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos são cuidados que oferecem uma medicina mais humanizada e com respeito pela individualidade da pessoa doente. A realização e a conclusão do estágio e respetivo relatório, com foco no controlo sintomático, permitiu aprofundar os conhecimentos e a prática profissional com foco no cuidado holístico.

Participar ativamente na aplicação dos cuidados paliativos, permitiu observar a abrangência do cuidado à pessoa relativamente à importância do suporte emocional, social e espiritual da pessoa, fatores imprescindíveis para podermos abordar e focar a qualidade de vida da pessoa de quem cuidamos. A prática clínica e o trabalho de investigação em torno do tema do controlo de sintomas permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos acerca da avaliação de sintomas, implementação de intervenções adequadas e a importância de uma equipa multidisciplinar em colaboração.

Os desafios observados relativamente à variedade de resposta aos tratamentos, com necessidade de ajuste constante das intervenções, assim como a gestão de recursos limitada reforçaram a importância da vigilância e da flexibilidade nos cuidados prestados.

A comunicação, manifestou-se sempre como pilar de todos os cuidados, reforçando a importância da empatia e de uma comunicação clara para a compreensão e ajuste de expectativas por parte da pessoa doente e da sua família/cuidado, promovendo assim uma relação de confiança e conforto, permitindo um planeamento de cuidados conjunto que vá de encontro às necessidades e desejo da pessoa cuidada.

Aquilo que fui observando na prática, em contraste com o relatório escrito é que apesar de as escalas serem muito aconselhadas para um controlo de sintomas eficaz, estas ainda não são utilizadas em cuidados paliativos. Uma limitação que encontro para a aplicação das mesmas talvez se deva à falta de recursos humanos frente ao muito trabalho que hoje se vivencia no

cuidados de saúde, a falta de conhecimento dos profissionais acerca da existência e aplicabilidade das mesmas e a impossibilidade de um acompanhamento mais próximo, e logo menos eficaz, das pessoas que cuidamos.

Em relação ao controlo de sintomas observei que o controlo dos sintomas neuropsíquicos como o delirium, a depressão e a agitação/inquietação, todos eles sintomas que podem estar associados a uma variedade de condições neurológicas e psiquiátricas, não recebem frequentemente a importância e atenção necessárias, comprometendo a qualidade de vida das pessoas que cuidamos. Esta observação faz-me refletir na importância da inclusão da psiquiatria (dado que a psicologia já se encontra mais presente) na equipa multidisciplinar de cuidados paliativos, o que acredito que melhoraria consideravelmente os cuidados prestados, pelos conhecimentos especializados que possuem destes sintomas e da farmacologia direcionada, de forma a que o estado de vigília, autonomia e comunicação de sintomas não seja comprometida e a pessoa possa viver com a maior dignidade possível até ao fim dos seus dias.

Uma das coisas que vivenciei e que considerei de importância é que na experiência dos cuidados paliativos, nos casos de inquietação ou maior agitação, não eram utilizadas medidas de contenção física, o que considero de grande valor. Era dada prioridade à gestão do ambiente físico e administração de fármacos. Em comparação com outras pessoas que chegaram aos cuidados paliativos, tendo já sofrido contenção física em internamento, estas pessoas por não terem experienciado a contenção, causa de grande sofrimento e de perda de dignidade, não manifestaram falta de confiança nos profissionais de saúde nem apresentaram frequentemente memórias negativas associadas ao internamento.

Perante o observado e vivenciado na prática, parece-me assim de importância que um maior número de temas relacionados com sintomas neuropsíquicos, assim como sobre a inclusão mais efetiva da psiquiatria no trabalho multidisciplinar seja tida em consideração em estudos futuros.

Em resumo, esta oportunidade permitiu refletir e reforçar a minha convicção sobre a importância dos cuidados paliativos e do controlo sintomático para uma medicina e cuidados de enfermagem com maior valor para a pessoa humana. Através desta oportunidade reafirmo o meu compromisso com uma prática de cuidados focada na dignidade e bem estar da pessoa, incluindo o fim de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arregui, M. T. S. M., & Bruera, E. (2014). Avaliação multidimensional da astenia relacionada ao câncer. *Medicina Paliativa*, 21(1). <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-pdf-S1134248X13000591>.
- Barbosa, A., & Neto, I. G. (2010). Manual de Cuidados Paliativos (2.ed.) [Livro]. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (Centro de Bioética do Núcleo de Cuidados Paliativos).
- Capelas, M. L. V., Coelho, S. P. F., Silva, S. C. F. S. D., & Ferreira, C. M. D. (2017). Cuidar a pessoa que sofre - uma teoria de cuidados paliativos. Universidade Católica Editora.
- Correia, A., Bernardo, A., Rodrigues, C., Carqueja, E., Duarte, J., Moura, M. D. J. D., Cunha, M. V., & Pinto, P. (2017). Intervenção psicológica em cuidados paliativos (1st ed.). Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Cruz, A. D. C. V. G. D. (2013). *Cuidados paliativos em Portugal: a realidade do Instituto Português de Oncologia do Porto* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72048/2/30675.pdf>.
- Cruz, Â. M. R. F. (2015). *Revisão Sistemática da Literatura: Instrumentos para avaliação de sintomas em cuidados paliativos* [Dissertação, Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19687/1/201679752.pdf>.
- Cruz, Â., Oliveira, C., & Capelas, M. L. (2017). Instrumentos de avaliação da astenia /fadiga em cuidados paliativos: revisão sistemática da literatura. *Cuidados Paliativos*, 4(1).

https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34226/1/02b1810b_c88c_440b_9701_06ec299f934b_16_28.pdf.

- Gil, L. T. (2014). *Revisão sistemática da literatura: avaliação da anorexia, caquexia e xerostomia* [Dissertação, Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18057/1/201679698.pdf>.
- Gomes, A. M. L., & Melo, C. de F. (2023). Total dor em pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia em Estudo*. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v28i0.53629>.
- Gonçalves, A., Nunes, L., & Sapeta, P. (2012). *Controlo da dispneia: estratégias, farmacológicas e não farmacológicas, para o seu alívio num contexto de cuidados paliativos - Revisão sistemática da literatura* [Dissertação, Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias]. <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1475/1/Revis%c3%a3o%20Sistematica%20Lenia%20e%20Andre%5b1%5d.pdf>.
- Gonçalves, M., & Capelas, M. L. (2016). Anorexia-caquexia, nutrição e qualidade de vida no doente com cancro em cuidados paliativos. *Cuidados Paliativos*, 3(2). https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34398/1/7b506915_8fea_482b_85ca_f60fa7e7dd5e_12_23.pdf.
- Machado, P. M. (2012). *Dispneia no doente paliativo: incidência, abordagens e sua efetividade* [Dissertação, Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10516/1/10516.pdf>.
- Pereira, F. M. P. (2012). Bem-estar espiritual, qualidade de vida e coping em fase final de vida [Dissertação de doutorado, da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde].

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14973/1/Bem%20estar%20espiritual%2c%20qualidade%20de%20vida%20e%20coping%20na%20fase%20final%20de%20vida.pdf>.

- Silva, A. F. M. (2019). Manejo da obstipação no doente em cuidados paliativos [Dissertação, Universidade do Porto - Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/121580/2/344229.pdf>.
- Silva, R., Paiva, M., Vital, F., Moura, M. J., & Lourenço, J. (2023). Plano Estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal Continental. Serviço Nacional De Saúde. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf.
- Sousa, A. D. A. D. (2012). Sintomas em cuidados paliativos: avaliação de controle [Dissertação, Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/65130/2/30465.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I: Declaração de Honra

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, Ana Manuela Pereira de Ascensão, declaro sob minha honra e consciência que realizei o estágio no Instituto Português de Oncologia do Porto, no Serviço de Cuidados Paliativos, num total de 482 horas de contacto, conforme exigido pelo programa de formação do Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Durante este período, dediquei-me diligentemente às tarefas atribuídas e adquiri experiências relevantes para o desenvolvimento da minha formação académica e profissional na área dos Cuidados Paliativos.

Porto, 30 Julho 2024

Assinatura: Ana Manuela Pereira de Ascensão

Outras assinaturas:

Orientador em local de estágio: António Carlos de Silva Pereira