

ALCP
Associação Latino-americana de Cuidado Paliativo

Circular em Português

Se deseja subscrever, faça-o a partir da página principal

Se deseja publicitar nesta página algum artigo da sua autoria, por favor contacte com a coordenação através de: alcp_secretaria@arnet.com.ar

EQUIPE EDITORIAL

Editor Chefe: Dr. Roberto Wenk (Argentina)

Comitê Editorial: Dr. Raúl Sala (Argentina)

Comitê da tradução ao português: Dr. Roberto Bettega (Brasil), Dr. Císio Brandão (Brasil), Dra. Isabel Galrica Neto (Portugal)

Coordenação: Lic. Carolina Monti (Argentina)

Circular Nº 22

CONTEÚDO.

- Comentários da Comissão Diretiva.
- Artigo regional # 1.
- Artigo regional # 2.
- Artigo da literatura internacional.
- Atividade regional.
- Bom trabalho. Felicitações !!!
- Miscelâneas.

Comentários da Comissão Diretiva.

Olá a todos e bem vindos à última edição desta circular neste ano. Tenho vários anúncios importantes:

Os países tem consolidado seus esforços em desenvolver e reforçar as associações nacionais de Cuidados Paliativos: nossos colegas no Peru tem formada a Sociedade Peruana de Cuidados Paliativos, con a Dra. Maria del Rosario Berenguel como Presidente e a enfermeira Marlene Goyburu, como Secretária Geral. Felicitações pelo avanço que isto significa para o Peru e o resto da Região. Felicitações também ao Dr. René Linares do Instituto Nacional de Cancerologia da Colombia, por sua eleição como novo Presidente da Associação Colombiana de Cuidados Paliativos. Esperamos poder colaborar e apoiar o trabalho das novas Sociedades em seus projetos de investigação e educação em Cuidados Paliativos.

Recordo que estão abertas as inscrições para os premios de Reconhecimento da Associação Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC), nas categorias individuais (Vittorio Ventafridda Award), institucional e universitária. Os ganhadores recebem US \$2.000,00 de premio e o reconhecimento internacional através da IAHPC pela promoção e o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. Varias entidades da América Latina e colegas da Região tem recebido estes premios. Temos gente muito boa que esta trabalhando muitíssimo e merecem ganhar algum destes premios. Podem encontrar informação adicional e instruções para aplicar em: <http://www.hospicecare.com/Awards/awardsindex.htm>

Este mês recebemos várias solicitações de inscrição no Diretório Internacional da ALCP. O diretório está disponível em www.cuidadospaliativos.org. Pedimos a todos para que visitem o diretório e atualizem os dados de seus programas. Adicionalmente, recordem que esta página da Web é de todos e que está disponível para incluir informação e recomendações de manejo clínico e administrativo, sendo uma vez avaliadas pelo comite editorial.

A organização Health on the Net Foundation está realizando uma enquete para determinar os hábitos de uso da Internet em temas de saúde e nos foi solicitado ajuda na disseminação da enquete. Convido-vos à responde-la para colaborar com este estudo. Os resultados estaram disponiveis assim que tenham sido analisados e os compartilharemos com todos. O link da enquete é http://www.hon.ch/Survey/quest_internet.html

Muito obrigado a quem nos enviou artigos para publicar nesta edição. Estão todos convidados a mandar resumos de reuniões, trabalhos originais, noticias sobre novos desenvolvimentos e avanços e qualquer coisa que seja de interesse e utilidade para os colegas da América Latina. Recordem que esta página é lida por mais de 1.500 paliativistas em todos os países e é uma ferramenta para disseminar informação e gerar reconhecimento.

Obrigado aos colegas do Brasil que trabalham na tradução da Circular para que possa chegar a nossos colegas desse país. Aproveito esta oportunidade para agradecer também o trabalho da Comissão Diretiva e em especial ao Dr. Roberto Wenk por seu trabalho como editor desta circular.

Feliz ano novo para todos e todas e espero que o ano que vem seja cheio de coisas boas.

Até o próximo mês,

Liliana De Lima, MHA
Presidente ALCP

Artigo Regional # 1.

Farmacêutico Assistencial, Magistrado em Atenção Farmacêutica

O Programa de Alivio da Dor e Cuidados Paliativos no AUGE.
Dr. Luis Ortiz Sepúlveda. Arauco, Chile.

Introdução.

O AUGE é um Programa de saúde impulsionado pelo governo do Chile e que entrega aos beneficiarios do sistema público de saúde garantias explícitas sobre o tratamento das patologias incorporadas no dito programa.

O Programa de Alivio da Dor e Cuidados Paliativos (PAD e CP), estão incorporadas ao AUGE, o que tem significado um bom cumprimento do estabelecido em todos os centros do sistema público de saúde do país.

Garantias.

1. Terão acesso todos os beneficiarios do setor público, com diagnóstico de câncer; sem discriminação de idade, sexo, condição religiosa, social ou econômica que requeirão alivio da dor (valor EVA) por câncer em fase terminal de sua enfermidade, tendo prioridade para receber o tratamento segundo os protocolos contidos nas Normas Gerais Técnicas # 31 (Norma Nacional do PAD e CP) e 32 (Norma de Enfermagem do PAD e CP) antes de 5 dias úteis em toda a rede assistencial do programa.

2. Terão acesso todos os beneficiarios do setor público que se encontrem em fase terminal da enfermidade oncológica, tendo garantido seu ingresso ao programa, antes de 5 dias úteis desde a descoberta do diagnóstico formal do especialista que tem câncer refratário ao tratamento curativo.

a. Receberam orientação por equipe de saúde, sobre o auto cuidado de sua enfermidade, desde sua primeira atenção.

b. Terão garantidos os analgésicos e insumos e medicamentos prioritários para o alívio da dor e o controle dos sintomas, em toda a rede assistencial.

Indicadores.

Porcentagem de pessoas beneficiadas do setor público de todas as idades, com diagnóstico de câncer terminal:

1. Que efetivamente aliviam sua dor antes de 5 dias úteis em toda a rede assistencial do programa (Valor EVA).
2. Que tem sido ingressadas ao PAD e CP antes de 5 (cinco) dias úteis desde a descoberta do diagnóstico formal do especialista de que é paciente refratário ao tratamento curativo.
 - a. Que tenham recebido orientação sobre auto cuidado de sua enfermidade desde seu ingresso.
 - b. Que tenham recebido os analgésicos e insumos prioritários para seu alívio e controle de sintomas molestiais, em toda a rede assistencial do programa.

Fluxograma de atenção.

O paciente recebe o diagnóstico de câncer terminal do especialista no nível terciário, quem o deriva de imediato, enviando inter consulta via fax ao nível secundário, o que pode seguir atendendo ao paciente diretamente ou bem derivá-lo ao nível primário, segundo o lugar de residência do paciente.

O paciente é atendido preferencialmente por equipes de PAD e CP em seu domicílio, concorrendo até esta equipe completa formada basicamente por médico, enfermeira e farmacêutico.

O paciente só será hospitalizado para titular a dor ou compensar alguma função que não seja praticável para se realizar em domicílio.

Em domicílio o paciente recebe medicação tanto oral como por outras vias, incluída a endovenosa, para isso se capacita algum familiar direto, oxigenoterapia e as demais manobras ou procedimentos que requeira.

Artigo Regional # 2.

Enfermagem em Cuidados Paliativos. Considerações gerais

Marta Junín.

Licenciada em Enfermagem, Universidade de Buenos Aires, Argentina.

Os Cuidados Paliativos incorporam uma concepção multiprofissional e interdisciplinar no cuidado das pessoas com diagnóstico de enfermidades avançadas, progressivas e em etapa terminal. A partir do trabalho dos diferentes profissionais de saúde atuando em equipe, poder-se-á brindar os cuidados atendendo às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa com enfermidade que ameaça a vida e sua família.

A enfermagem ocupa, dentro da equipe de saúde, um lugar de privilegio, que é quem permanece a maior quantidade de tempo junto ao paciente, isto lhe permite exercer plenamente o rol de "cuidador".

A tarefa de cuidar tem dois objetivos claramente definidos: ajudar às pessoas a enfrentar os problemas que lhes impede de satisfazer suas necessidades básicas com o fim de poder levar uma vida plena, e ajudar a obter o maior grau de bem estar possível dentro do contexto da enfermidade; ambos os objetivos identificam claramente a função básica da enfermagem.

A enfermagem em Cuidados Paliativos desenvolve suas atividades no contexto demarcado pelo cuidado dos pacientes e famílias nos quais a enfermidade progride inexoravelmente até a morte. Junto com o resto da equipe deve esforçar-se em aliviar os problemas, facilitar os processos de adaptação à situação de terminalidade, contribuir à comunicação paciente-família-equipe e colaborar com os diferentes recursos potencialmente implicados.

Poder atingir estes objetivos não só depende de uma formação geral da enfermagem, como também de uma formação específica em Cuidados Paliativos, já que a problemática com que

deverá enfrentar tem características próprias e implica em aceitar que, nem todos os pacientes serão curados e grande parte deles morrerá a curto prazo, o que representa a troca da atitude curativa para uma atitude paliativa. Igualmente para os outros membros da equipe, a maturidade profissional e pessoal, a habilidade em detectar e atender os detalhes, junto com a capacidade de obter uma visão global da situação, são aspectos relevantes da Enfermagem em Cuidados Paliativos.

Processo de Atenção de Enfermagem

Através desta modalidade de atenção, a enfermagem organiza os cuidados a brindar à pessoa com enfermidade progressiva, avançada e em etapa terminal. Consiste em uma série de intervenções:

Valorização inicial:

A assistência dos pacientes com enfermidade que ameaça a vida se inicia ao identificar a origem do grau de malestar que apresentam, são detectados problemas e necessidades reais e potenciais, nas áreas: física, psico-emocional, social e espiritual. Deve-se explorar as estratégias de enfrentamento e recursos próprios no paciente e sua família. Perguntar-se-á ao paciente que é o que mais lhe preocupa no momento de realizar a valorização e considera-se sua resposta para planificar e estabelecer prioridades na atenção.

Diagnóstico de enfermagem:

Consiste em detectar o grau de alteração de bem estar, em relação com o impacto do processo da enfermagem. É elaborado um diagnóstico da situação real do paciente e se definem os objetivos. Um objetivo geral consiste em aliviar o sofrimento ajudando o paciente a alcançar uma melhor qualidade de vida, em função de suas atitudes, estilo de vida e desejos.

Planificação dos cuidados:

São determinadas as ações a implementar respondendo aos objetivos planejados. Implica a participação de todo o recurso humano disponível, incluída a família, cuidadores principais no domicílio.

Execução:

São providos os cuidados que ajudem a satisfazer as necessidades do paciente e família, e assim alcançar os objetivos propostos através de um plano de ação individualizado. Deve-se garantir continuidade na atenção independentemente do lugar em que permaneça o paciente, seja o hospital ou o domicílio.

Avaliação:

A unidade de tratamento é o paciente e a família pelo qual o processo avaliativo inclui a ambos em uma visão global. As respostas satisfatórias tem as intervenções da equipe que pode se manifestar através de um processo de morte digna, o lugar e a forma com que o paciente tenha escolhido. É necessário realizar reavaliações contínuas, já que se trata de um paciente plurisintomático e multicambiante.

Necessidades de capacitação em Enfermagem

Reconhecemos que as situações de confronto com o processo de morrer são as dificuldades mais frequentes que o pessoal da enfermagem deve enfrentar, assistindo pacientes com enfermidades incuráveis na prática diária de sua profissão, deve-se objetivar seriamente a inclusão dos *Cuidados Paliativos* em todos os níveis de formação do pessoal da enfermagem: o pré-graduação, o pós-graduação e a educação contínua e incidental nos serviços.

Objetivos gerais da capacitação em Enfermagem:

- Atingir uma maior compreensão dos processos vinculados às enfermidades que ameaçam a vida.
- Propôr uma mudança de objetivos do cuidado, modificando a atitude de querer curar sempre, pela de acompanhar e cuidar.
- Atualizar conhecimentos para poder compreender e satisfazer as necessidades da pessoa que vai morrer e sua família, facilitando sua adaptação à situação de enfermidade avançada.
- Fomentar a análise e elaboração pessoal e grupal das situações de angústia e tensão que ocasionam a assistência dos pacientes à beira da morte. Alcançando desta forma um manejo adequado das situações de stress, contribuindo ao bem estar e a eficiência no trabalho diário dos enfermeiros, como integrantes da equipe interdisciplinar de saúde.

Leitura sugerida: López Imedio, E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Editorial Panamericana, Madrid, España, 1998.

Artigo Da Literatura Internacional.

Artigo selecionado e traduzido pelo Dr. Iván Justo Roll, Coordenador do Departamento de Docencia e Investigación da Equipe de Cuidado Paliativo, Vieja Habana, Cuba.

Retas do Final da Vida: Honorando a Autonomia

Autor: Sharon M. Valente, PhD, RNCS, FAAN.

Publicado em: Cancer Nurs 27(4):314-319, 2004. © 2004 Lippincott Williams & Wilkins.

SEGUNDA PARTE.

Avaliação.

A avaliação é um processo contínuo, e é necessário um exame do estado mental e as necessidades de saúde do paciente, as opções do final da vida, e a tomada racional de decisões constituem uma base para os cuidados. Este também ilustra a racionalidade das decisões ao final da vida. A comunicação com a enfermagem, o respaldo, o conhecimento, e a empatia reforçam as estratégias do paciente para fazer frente e melhorar a avaliação das opções do final da vida. Começar estas discussões o quanto antes e revisá-las assegura que o paciente tem uma oportunidade de mudar estas decisões.

A avaliação do estado mental deve ser parte de uma rotina para os pacientes estáveis, residentes em cuidados prolongados e é recomendável pesquisar a depressão. Qualquer fator que diminua a qualidade de vida requer avaliação. A enfermeira tomará medidas para melhorar e avaliar a dor, sintomas, e a depressão e solicitar o tratamento ou a remissão.

Quando a pessoa enferma terminalmente parece mentalmente lúcida e capaz de tomar decisões racionais, a orientação acerca das opções do final da vida e sua defesa são importantes. A racionalidade é a capacidade de deliberar, de comunicar, e considerar cuidadosamente e examinar seus próprios valores e as consequências das ações. Um paciente racional, terminalmente enfermo com uma enfermidade incurável causando-lhe irremediável e intolerável sofrimento tem muitas razões legais para acelerar a morte, incluindo a suspensão dos tratamentos e deter os alimentos e líquidos. Estes dados acerca do porquê as pessoas querem acelerar a morte provem de Oregon, donde os pacientes terminais tem o direito de acelerar a morte mediante o Suicídio Médico Assistido (SMA). No segundo ano de SMA em Oregon, 27 pessoas participaram em SMA legais por varias razões. A idade média foi de 71 anos, 16 homens, 26 brancos, e 12 estavam casados. A enfermidade de base mais frequente foi câncer, esclerose lateral amiotrófica, e enfermidade pulmonar obstrutiva crônica. Os 27 pacientes teriam seguro e 21 foram atendidos em hospitais. A motivação mais frequente para solicitar o SMA foi a perda de autonomia (81%), diminuição na habilidade para sofrer (Ej., dor, dispnéia, dificuldade ao tragar) (53%).

A enfermagem tem um rol na explicação e a defesa dos preceitos dos cuidados paliativos. Explicando todas as opções dos cuidados paliativos (incluindo os hospitais) e provendo dados precisos acerca da enfermidade durante a atenção de enfermagem. Salvaguarda que as opções do paciente sejam voluntárias e incluem a documentação de um status mental claro; pergunta repetidamente por aceitar uma morte natural ou acelerar a morte (isto ocorre quando um paciente deseja abolir sofrimento prolongado ao final da vida); e realiza entrevistas indiretas para avaliar em que forma o paciente poderá sentir-se coacionado (não sei o que é isso) e examinar estes motivos. Os pacientes também necessitam saber que eles podem mudar suas opções em qualquer momento. Não obstante, as enfermeiras que cuidam de pacientes terminais que querem acelerar a morte dizem que elas tem que lutar contra suas próprias crenças religiosas e valores espirituais, sentimentos inconfortáveis e medos, conhecimentos e habilidades inadequados, experiência pessoal, e o peso da responsabilidade profissional. No caso de Hannah, a enfermeira não discutiu a opção paliativa, mas constantemente tratou de interromper a decisão de deixar de comer e beber.

Decisões racionais.

Aproximadamente de 2% a 5% das pessoas terminais tem acelerado sua morte, tipicamente devido a sua pobre qualidade de vida, solicitação não exitosa para retirar os tratamentos, e os tratamentos angustiantes. As decisões racionais refletem um cuidadoso planejamento e consideração da informação adequada (Ej., as circunstâncias médicas de forma completa e precisa), preparação (Ej., voluntariado, preparativos do funeral), impacto nos outros, tratamentos, e alternativas (Ej., poder ir a um advogado, Diretivas Antecipadas). O plano para acelerar a morte deve contemplar a cultura da pessoa, valores, e crenças. Se o grau de agitação, desorientação, depressão maior, e se a pobre orientação com a realidade afeta sua decisão racional então se aconselha uma avaliação psiquiátrica. Determinar qual é a capacidade de decisão e o status de lucidez mental é um desafio quando o paciente se encontra muito desconsolado acerca da morte. As enfermeiras tem que alentar aos pacientes a revisar suas decisões e a saber que as decisões sobre o final da vida podem mudar. As perguntas devem ter um sentido crítico e por finais abertos (Ej., Por que finalizar a vida agora? Isto foi prevenido antes? O paciente necessita de ajuda? Ou espera que alguém mais tome a decisão?). A discussão dos fatores precipitantes, opções, objetivos, resultados pretendidos, e motivos proveem evidência da clareza mental e o voluntariado de escolher do paciente. Hannah estava consciente e não tinha ansiedade nem depressão e isto foi confirmado pela avaliação psiquiátrica quando ela foi remitida. Ela havia decidido sempre que não queria demorar-se muito quando estivesse morrendo. O hospital provavelmente tivesse melhorado o manejo de sua dor. As demandas razoáveis por morte assistida planteiam dificuldades devido a existência de muito poucos lineamentos, os deveres profissionais podem entrar em conflitos, a existência de sanções legais vigentes, o que os dilemas éticos são uma reta. Muitos profissionais de saúde entenderiam os sentimentos de um colega que reportou, eu sei que deve soar a alarma quando o paciente queria acelerar a morte, mas quando o paciente tem câncer em estágio terminal e dor incontrolável, também me sinto na obrigação de apoiá-lo. Eu posso entender o desejo de morrer do paciente com dignidade. Ambos, a família e os profissionais a cargo de seu cuidado estão angustiados quando o tratamento médico agressivo continuou apesar da solicitação do paciente de parar com um tratamento tão agressivo.

Intervenções.

Os cuidados paliativos para o paciente moribundo são muito importantes e dependem de uma avaliação adequada. Os Cuidados Paliativos são um tratamento de aversão contra os sintomas físicos, psiquiátricos, e existenciais nas pessoas que estão morrendo. Em muitos casos, os pacientes tem desejado acelerar a morte devido a sua dor, náusea, dispnéia, e outros sintomas que tem sido intoleráveis. Por tanto uma das primeiras intervenções é melhorar o controle da dor e outros sintomas. A dor, os sintomas, a depressão, a ansiedade requerem um tratamento eficaz e um seguimento freqüente. As formas para melhorar a qualidade de vida através de intervenções espirituais requerem considerações.

Os pacientes necessitam educação, feitos concretos, e opções para o final da vida e outro tratamento. Os pacientes a miúdo necessitam apoio e ajuda para comunicar seus desejos, preocupações, e necessidades a seus médicos e familiares queridos. As enfermeiras podem se oferecer para estar presente, animando-lhes à completar suas Diretivas Antecipadas, ou valorizando as preocupações e desejos do paciente. Toda vez que as preferencias do paciente são conhecidas, os médicos necessitam ajuda para guiá-los nesses desejos. A enfermeira pode falar com os pacientes e evocar seus desejos. A miúdo, a enfermeira tem um rol cardinal ao assegurar-se que o médico pode falar explicitamente com os familiares acerca da cercania à muerte e a opção do hospital, e a família saber que esperar no processo da morte.

Apoio familiar.

De acordo com Forbes, quem lidera grupos focais, os membros de família experimentam uma carga significativa e culpa quando eles deixam seus entes queridos em uma unidade de cuidados extendidos. A miúdo, eles tem adotado todas as outras opções antes de deixá-lo ali e podem sentir que isto pode ser a decisão mais difícil que eles haviam tomado, uma decisão acompanhada de sentimentos de perda, dor, arrependimento, e medo no futuro. A miúdo, os membros da família não podem imaginar a morte de seus entes queridos, e estão desgarrados entre a idéia de que a morte pode ter sido uma hemorragia e uma tragédia. Eles sentirão a angustia ao olhar seu ente querido piorar. A miúdo, os membros da família referem que a enfermagem falhou ao prepará-los para a morte de seu familiar. Por exemplo, o pessoal da

enfermagem em uma unidade chamou a autora como conselheira porque o médico era incapaz de dizer à família que o paciente estava morrendo. Em outro exemplo, o médico regressou ao paciente que estava acerca da morte, mas nunca disse a família que o paciente estava morrendo. Os membros da família querem saber se seu ente querido se foi pacificamente, dormindo, sem sofrimentos. Os familiares tem muito poucos conhecimentos de enfermagem terminal e desejam que o médico lhe explique que o paciente está morrendo. Quando as famílias estão angustiadas pela pobre comunicação com o médico, eles atribuem estes problemas a freqüente mudança de turno do pessoal de enfermagem, demasiado trabalho, uso de uma agência de profissionais, e à falta de contato com o médico a cargo. A discussão das sobrecargas e benefícios do tratamento durante a trajetória da enfermidade ou qualidade de vida dos entes queridos esteve ausente.

Ainda que alguns poucos residentes tem em suas Diretivas Antecipadas a ordem de não ressuscitar e não utilizar tubos para alimentação, os familiares não estavam seguros se eles tinham horror a estas diretivas a menos que eles tivessem experiência prévia com uma enfermidade progressiva terminal. Os familiares estavam confundidos e pensavam que os antibióticos seriam uma medida de conforto e não estavam claros acerca do processo natural da morte.

Educação.

As pessoas querem informação acerca dos últimos dias de suas vidas e se perguntão acerca da dor, os sintomas, o sono, e o coma. Muitos temem ser incapaz de respirar ou ter uma dor incontrolável ou sofrimento. Devido a muitos lhe falta informação, a orientação acerca de planificação antecipada é importante. As pessoas necessitam entender como eles podem utilizar as Diretivas Antecipadas para documentar seus desejos de vida artificial, como ventiladores, sondas para alimentação, e resucitação cárdio-pulmonar em caso de que eles não possam falar por si mesmos. Eles também podem necessitar apoio e guia para discutir seus desejos com seus médicos e entes queridos. Os membros da família também apreciam o teinamento ao perguntar ao médico por informação acerca da trajetória da enfermidade e a morte. Uma esposa com um poder legal duradouro para os serviços de saúde, quem crê que seu ex-marido está morrendo pode necessitar perguntar ao médico, se surpreenderia se meu ex-esposo morreria nos próximos seis meses... ou no ano próximo? A esposa pode necessitar esta informação para planificar o cuidado de seu ex-esposo e saber o que dizer aos adolescentes e filhos e a sua família que vive em outro estado.

Defesa.

As pessoas que desejam informação acerca de temas sobre o final da vida podem se beneficiar de recomendações de vários serviços comunitários como Last Acts, Ergo, Compasión in Dying, e Dignity National Center, e os hospitais. Estes grupos provem informação acerca de Diretivas Antecipadas, manejo da dor, e opções legais ao final da vida e Compaixão na Morte, provem manejos de casos e serviços de apoio sem nenhum custo. A enfermagem e os cuidados de saúde advogão por ter um maior rol em obter um adequado manejo da dor e outros sintomas e suscitar perguntas acerca de tratamentos que poderam ser fúteis ou não melhoram a qualidade de vida. Algumas dores em enfermidades terminais (Ej., metástases, dor óssea, aumento da pressão intracranial por tumores grandes) não podem ser bem controlados. Com o passar do tempo muitos pacientes desejam controlar a dor, nem sempre eles vão aceitar medicamentos que nublem seu pensamento ou tenham outros efeitos adversos molestos.

Conclusão.

Muitos americanos temem estar vivos ou que lhe mantenham vivos por máquinas contra sua vontade quando estão morrendo. Muita gente com enfermidades que ameaçam a vida confiam em seu médico ou enfermeira para que introduza o tema dos cuidados ao final da vida e pedem orientação acerca destas opções. Ainda que muitos médicos evitem discutir sobre as opções de final de vida até que o paciente esteja demasiadamente enfermo para falar, e utilizam termos técnicos que são complicados, a enfermeira pode ajudar a facilitar a discussão terapêutica sobre estes temas. Um paciente apto mentalmente pode decidir se vai acelerar a morte e se deseja orientação, apoio e defesa.

A enfermeira tem um rol cardinal para assegurar que o paciente tenha o maior controle da dor e outros sintomas, e recursos acerca das opções de final de vida. As enfermeiras podem experimentar um conflito quando o paciente deseja acelerar a morte, devido a seus valores de

que a vida deve preservar-se a todo custo e ao mesmo tempo deseja respeitar a autonomia do paciente.

Um paciente com capacidade tem a opção legal de deter a ingestão de alimentos e líquidos se desejar para acelerar a morte, neste caso precisará de orientação, defesa, e apoio a suas opções autônomas. A enfermeira, particularmente nas instituições de saúde, pode ser um vínculo crítico em assegurar que o pessoal conheça e colabore no cuidado do paciente que escolheu acelerar a morte.

Os interessados nas referências bibliográficas deste artigo, podem solicitá-las a justroll@infomed.sld.cu

Atividade Regional Realizada.

A Dra. Patricia Bonilla de Caracas, Venezuela, informa que nos dias 13 e 14 de Outubro foi realizado o módulo de Cuidados Paliativos dos 50 anos de Congresso Venezuelano de Oncologia.

A atividade acadêmica incluiu conferências, trabalhos práticos e visitas domiciliares.

Participarão Eduardo Bruera (USA), Marcos Gómez Sancho (Espanha), Argelia Lara (México) e Jairo Moyano (Colômbia) como convidados internacionais.

Bom Trabalho. Felicitações !!!

Foi constituída a Sociedade Peruana de Cuidados Paliativos. A Presidente é a Dra. María Berenguel e a Secretária é a Enfermeira Marlene Goyburu.

Seus próximos objetivos são a elaboração de um programa acadêmico e o trabalho colaborativo com a ALCP.

Miscelâneas.

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) convida a todos os profissionais que trabalham direta ou indiretamente em Cuidado Paliativo a inscrever-se em sua base de dados.

Os quem se inscreverem receberão um ID de usuário e uma SENHA que lhes permitirá acessar o site da EAPC <http://www.eapcnet.org/> e ter acesso a atividades reservadas aos sócios: receber por e-mail informações relacionada com atividades da Associação Europeia, baixar diversos artigos de Medicina Paliativa e European Journal of Palliative Care, subscrição resumos nos congressos da EAPC e acesso à página de dados pessoais para atualizá-los.

Para inscrever-se favor preencher o formulário em http://www.eapcnet.org/form/eru_insert_user.asp

Programa de internamento em ética de investigação na América.

Co-diretores:

Ruth Macklin, Department of Epidemiology and Population Health at Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York, USA.

Florencia Luna, FLACSO, University of Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Para médicos, cientistas biomédicos, bioeticistas, advogados, filósofos, cientistas sociais e outros profissionais. Os candidatos devem falar Inglês e Espanhol e devem residir em qualquer país da América Latina. Será realizado com uma beca de Fogarty International Center of the National Institutes of Health in the United States.

Informes e inscrições:

[Application Form](#)

macklin@ecom.yu.edu

florluna@pccp.com.ar

9º Congresso Mundial da Associação Europeia de Cuidado Paliativo (EAPC)

De 6 a 10 de Abril 2005, em Aachen, Alemanha, em conjunto com o 5º Congresso da Associação Alemã de Cuidado Paliativo.

Idioma oficial: Inglês (tradução simultânea em Francês e Alemão das ponencias da sala de plenário).

Informação:

Email: congress2005@ukaachen.de

<http://www.eapcnet.org/aachen2005>