

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 25

CONTENIDO.

- Comentários da Comissão Diretiva.
- Dos anúncios importantes.
- Dra. Cicely Saunders.
- Coluna de investigação.
- Artigo regional 1.
- Artigo regional 2.
- Foro de intercâmbio.
- Celebrações programadas para festejar o Dia Mundial do Cuidado Paliativo.
- Actividad docente. Exposición de fotografía. Sitio de Psico-oncología.

Comentários da Comissão Diretiva.

Olá a todos.

Nosso esforço para fortalecer uma rede de apoio e de comunicação entre os colegas da América Latina, esta dando resultados. Este mês tenho vários anuncios importantes que refletem o aumento nas atividades ao longo da Região.

Celebração do Dia Mundial dos Cuidados Paliativos, 8 de Outubro de 2005. Como temos anunciando nas circulares anteriores, a celebração do Dia ajudará à disseminação dos Cuidados Paliativos e esperamos um aumento na oferta dos serviços e nos programas de educação formal. Esta edição da Circular inclui uma seção que descreve as distintas atividades organizadas por hospitais, unidades de cuidados paliativos, programas nacionais e outros. Felicitações a todos os que estão coordenando eventos em seus países e garantindo que o Dia seja um êxito. É um prazer para mim anunciar que a Associação Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC) outorgou becas por US \$1.000 para apoiar as atividades na Argentina, Cuba, México, Colômbia, Guatemala, Brasil e Uruguai.

Becas Pasantía em Cuidados Paliativos, Extremadura, Espanha: Estas becas são oferecidas graças à generosidade e apoio do Programa Regional de Cuidados Paliativos do Serviço Extremeño de Saúde, a Associação Espanhola Contra o Câncer (AECC), a Associação Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC) e a Associação Latinoamericana de Cuidados

Paliativos (ALCP). Com a contribuição da Associação Espanhola contra o câncer e da IAHPC, tem por objetivo reunir os fundos necessários para cobrir todos os gastos relacionados à viagem, assim como as passagens aéreas para cada becario e demais pedimos selecionar seis e não cinco como havíamos planejado inicialmente. Obrigado a todos os que participaram nesta convocatória. Recebemos aplicações de candidatos excelentes e a seleção dos ganhadores foi feita utilizando vários critérios ponderados pelos integrantes do comitê de seleção. O volume de aplicações que recebemos é uma mostra da necessidade que existe de programas educativos na Região. A seguir está lista dos ganhadores:

- Paola Díaz, México
- Patricia Bonilla, Venezuela
- Claudia Trujillo, Colômbia
- Iván Justo Roll, Cuba
- Maria de los Angeles Minatel, Argentina
- Maria Margarita González, Chile

Felicitações à todos os ganhadores por este reconhecimento e esperamos que esta oportunidade lhes ajude no desenvolvimento de suas carreiras profissionais em Cuidados Paliativos em seus países.

Sessões Simultâneas para o Congresso Latinoamericano da ALCP na Ilha Margarita, Março de 2005: A inscrição para a proposta de sessões simultâneas se encerrou em 30 de Agosto. Esta é a primeira vez na história do Congresso que temos uma convocação aberta para as sessões simultâneas e a resposta dos grupos que propuseram temas foi extraordinária. O propósito era incentivar aos colegas da região para que desenharam mesas de trabalho e que apresentaram estudos originais ou análises de temas. O Comitê Científico tem desenvolvido um magnífico trabalho analisando cada proposta e decidindo o conteúdo do programa. Muito obrigado aos integrantes do Comitê pela elaboração tão eficiente e por aceitar nosso convite para participar. O Comitê Científico do Congresso é composto por:

- Maria del Rosario Berenguel, MD (Peru)
- Mariela Bertolino, MD, Argentina
- Patricia Bonilla, MD, Venezuela
- Císio Brandao, MD, Brasil
- Mercedes Franco, Psicóloga, Colômbia
- Eduardo García Yanneo, MD, Uruguai
- Argelia Lara, MD, México
- Claudia Morón, MD, Venezuela
- Lisbeth Quesada, MD, Costa Rica
- Ruth Suárez, Enfermeira, Venezuela

Em primeiro de Novembro faremos a convocação para a apresentação de pôsteres. Esperamos que muitos participem neste chamado e que o Congresso sirva como vitrine para a disseminação do trabalho e a investigação que muitos de vocês vêm adiantando em suas instituições.

Website da ALCP: Em poucas semanas teremos um novo Website, mais estético e fácil de usar. Teremos ali também a última informação sobre o Congresso Latinoamericano, as fichas de inscrição para o Congresso, informações sobre reservas de aviões e hotéis na Ilha Margarita. Esperamos que na Ilha Margarita cumpramos com a tradição de outros anos e ultrapassemos o número de assistentes do Congresso anterior.

Por último, lhes anuncio que a Dra. Lisbeth Quesada, integrante do Comitê Diretivo da ALCP foi recentemente nomeada pela Assembléia Legislativa da República de Costa Rica como Defensora dos Habitantes "OMBUSMAN". Lisbeth deixa seus trabalhos operacionais como paliativista na Unidade de Cuidados Paliativos, durante 4 anos, mas sabemos que seguirá advogando pelos cuidados paliativos em seu cargo político. Os Cuidados Paliativos são um direito dos pacientes e Lisbeth será uma defensora deles. Lisbeth nos acompanhará na Venezuela durante o Congresso e seguirá colaborando como membro do Comitê Científico. Em nome de toda a Comissão Diretiva e colegas de América Latina, enviamos nossas felicitações à Dra. Quesada por esta nomeação tão importante.

Também quero fazer um reconhecimento ao Dr. Roberto Wenk, Diretor do Programa de Cuidados Paliativos da Fundação FEMEBA e editor desta Circular. É um reflexo do trabalho e o compromisso que ele tem em promover os cuidados paliativos na Região. Graças ao seu esforço e dedicação, esta circular chega gratuitamente a mais de 1.500 paliativistas na América Latina cada mês. Os convido para que sigam reportando notícias de eventos, trabalhos e estudos. Esta é uma ferramenta eficaz na disseminação de informação e na criação de alianças estratégicas para a promoção e disseminação dos Cuidados Paliativos na América Latina.

Um abraço a todos e até a próxima Circular.
Liliana De Lima, MHA
Presidente ALCP

Dois Anúncios Importantes.

Educação à distância.

A Associação Latinoamericana de Cuidado Paliativo, em colaboração com outras organizações, iniciará em Outubro de 2005 cursos à distância de Cuidado Paliativo para médicos(as) e enfermeiros(as) de atenção primária. O Curso será inicialmente no idioma espanhol, e não inclui atividade clínica.

Duração: 9 semanas.

Custo total: médicos(as): 50 dólares; enfermeiros(as): 30 dólares.

Informações: info@cuidadospaliativos.org, paliativo_femeba@yahoo.com.ar

Os interessados devem realizar o contato através do cadastro do email que utilizarem para realizar o curso (é necessário comprovar sua funcionalidade).

Pesquisas.

Nos próximos dias a ALCP realizará a primeira pesquisa, em castelhano e português, relacionadas com o Cuidado Paliativo na América Latina. As pesquisas serão feitas eletronicamente em linha, sem necessidade de enviá-las por email ou fax.

A informação regional é escassa: precisamos conhecer a situação do Cuidado Paliativo na região, os métodos de ensino, e alguns aspectos como o conforto e a atitude do pessoal sanitário durante a assistência dos pacientes.

Esperamos sua participação.

Dra. Cicely Saunders.

Tributo à Dra. Cicely Saunders (22 Junho de 1918 - 14 de Julho de 2005)

Dr. Derek Doyle, Escócia.

Presidente de planeamento do College of the International Hospice Institute and College.

Membro do Conselho da IAHP.

Publicado na IAHP News On-Line, 2005; Volume 6, No 8, August.

Cicely Saunders merece ser incluída entre os Grandes da Medicina. Ela viu uma necessidade e relacionou a ela. Que foi diferente do resto de nós que também vimos a necessidade, mas não fizemos nada? Milhares de médicos e enfermeiros, assistentes sociais e outros tem adotado os princípios do cuidado hospitalar, mas foi necessário uma Cicely Saunders para empregar o processo, para destacar a necessidade, para desafiar o mundo, e para fazer que pessoas como nós, nos sentíssemos incômodos até que tratamos de seguir seu dedo sinalante. Ela merece estar entre os Grandes porque manteve sua mensagem simples. Expressou os princípios de forma simples, ainda que muitos dos que a temos seguido os temos feito mais complicados enquanto nos esforçamos para emular não su enseñanza mas sim aos nossos colegas científicos e sua sofisticação.

Ela merece ser denominada uma Grande porque, mais que a maioria de nós hoje, ela supôs que teria que falar pelos pacientes e também defende-los. Também supôs que recrutar

políticos era essencial, e que o cuidado hospitalar tenha que ser baseado na evidência, algo que alguns temos deixado de lado.

Como temos dito a muitos de nós, ela supôs que o cuidado hospitalar era necessário não só em Londres, onde ela trabalhou; era necessário em todo o mundo. Ela nunca previu que seus princípios se espalhariam tão rapidamente, nunca pensou que seriam entendidos, adotados e adaptados ao caleidoscópio de culturas como sucedeu. Estava surpresa e encantada com o que ocorreu. Nunca trocou seu conselho para os que vieram a perguntar como começar. "Não perca tempo. Se você vê que há uma necessidade, tome uma atitude e impeça. Você logo verá como fazê-lo melhor!". Para alguns de nós isto é algo ingênuo. Se todos hubiéramos estado de acordo com isto na IAHPC não estaríamos promovendo nossa seção "Começando" em nosso website. Não obstante seu conselho teve o efeito de fazer pensar às pessoas sobre o que necessitam exatamente, fazendo-os atuar antes que fabular. Isto é, afinal de contas, o que ela fez com êxito e efeito.

Pode ser que alguns recordem as características de sua personalidade que gostaríamos de mudar, porém poucos de nós estaríamos neste trabalho hoje se não fosse por ela, ou por não ter sido ela quem nos inspirou, que levaram seus princípios aos rincões distantes da Terra. É muito raro que a maioria de nós tenha a oportunidade de conhecer um dos Grandes.

Coluna De Investigação Número 2

A cargo do Dr. Jorge Eisenchlas, Pallium América Latina, Buenos Aires, Argentina.

Email: jeisen@fibertel.com.ar

O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

"Poderia você dizer-me que caminho deveria seguir desde aqui onde estou?"

Bom, isso depende em grande parte de aonde queiras ir" disse o gato

"Não me interessa muito aonde." disse Alice "Então não importa que caminho vais tomar" disse o gato "contato que chegue a ALGÚM LUGAR." agregou Alice "Oh, então podes estar segura que chegarás" disse o gato "mas só se caminhares o suficiente"

Alice no País das Maravilhas, Capítulo 6

As idéias de investigação devem surgir da incerteza, a dúvida, a convicção ou a dificuldade; do desejo de inovar ou da paixão. Uma das tarefas mais árduas na hora de se decidir investigar é a eleição do problema de investigação. Geralmente, quem deseja realizar uma investigação tem em mente um número n de idéias possíveis, quis as tantas que passa seu tempo sem decidir formalmente qual pôr em prática. Finalmente, se decide por uma delas, mas a pouco de iniciar o trabalho cai na conta de que: "em realidade essa não era a idéia mais adequada." E volta a passar o tempo, só para voltar a sofrer a mesma sorte que com a idéia anterior. Mas não se desanime!

Você não terá perdido seu tempo.

Durante o ir e vir até encontrar a pergunta sobre a qual iniciará finalmente o trabalho, terá percorrido um caminho frutífero no término da experiência acumulada, e seguramente advertirá que o que agora está disposto a investigar representa:

- algo que realmente lhe interessa
- algo que pode realizar em um período de tempo razoável
- algo que lhe importa o suficiente como para seguir invertendo seu trabalho nele

Os problemas científicos requerem como mínimo uma "base empírica", e idealmente seria desejável que existisse também uma "base teórica". A base empírica, no campo das ciências fáticas como a biologia ou a medicina, se define como o conjunto de feitos que se tem observado relacionados com o problema até o momento de relatar a hipótese; no entanto, a base teórica compreende o conjunto de teorias científicas que se relacionam com o problema a investigar. P.e. se seu problema é: o câncer de pulmão é mais freqüente em homens que em mulheres, a base empírica estará constituída por aqueles estudos prévios onde, sem ser a pergunta em estudo, se registraram maiores casos de homens que de mulheres. No entanto, a base teórica estaria dada (em caso que existira) por uma explicação fisiopatológica da maior incidência de câncer de pulmão em homens. A partir dali será razoável centrar-se em um só

aspecto do t3pico que lhe preocupa e acerca do qual percebe que se requer novo conhecimento.

Este t3pico vai sendo refinado at3 alcanar o cariz da pergunta de investiga33o.

Por3m antes de avanar com a pergunta de investiga33o (que ser3 parte de uma pr3xima coluna) podemos dizer que os problemas de investiga33o determinam a raz3o pela qual realizar um estudo. Estes problemas podem ser enunciados em forma de pergunta ou de afirma33o. Alguns pontos relevantes para definir o problema de investiga33o s3o:

Os problemas de investiga33o comeam com uma id3ia. Por exemplo, pode perguntar-se acerca da forma mais efetiva de oferecer um servi3o.

Uma vez que esta id3ia tem sido formulada, compartilhe-a com sua equipe, convide-os a uma sess3o de "Tormenta de Id3ias", de onde surgiram perguntas tais como: onde est3 localizado o servi3o? Quais s3o seus hor3rios de aten33o? Que detalhes organizacionais devem ser clarificados? Que profissionais deveriam integra-los?

O passo seguinte consiste em revisar a literatura; ler acerca do que j3 se tem escrito sobre esse t3pico. Identificar os aspectos presentes nos estudos revisados. Fazer uma lista de todas as vari3veis (localiza33o geogr3fica, componentes do servi3o, tipologia dos pacientes, etc.)

Agora voc3 pode formular o problema de investiga33o; relatar o problema bas3ndose no aprendido desde a literatura e a pr3tica.

Finalmente, voc3 pode decidir se isto 3 significativo 3 luz de: a) benef3cio potencial 3 sociedade, b) resultados aplic3veis na pr3tica, a educa33o ou a administra33o, c) encontrando que suportam teorias n3o comprovadas, classifica33es te3ricas, etc., e d) trocar na pr3tica.

Por3m talvez agora voc3 tenha um novo problema. Deve eleger o problema de investiga33o de acordo com o objetivo de seu estudo.

3 sempre 3til classificar os problemas de investiga33o segundo o esquema seguinte, sumamente 3til para facilitar o plano de uma investiga33o sobre fatos naturais:

A. Problemas de Exist3ncia. P.e. quais s3o os efeitos adversos da morfina nos pacientes gerentes? Este tipo de problemas se apresenta quando se descrevem fen3menos que estavam ausentes na literatura at3 esse momento. Podemos assim mesmo incluir dentro desta categoria problemas que se resolvem atrav3s de investiga33o qualitativa. P.e. quais s3o as preocupa33es dos familiares de pacientes com s3ndrome de caquexia-anorexia?

B. Problemas de Quantifica33o. Buscam conhecer o comportamento de uma ou mais vari3veis em uma popula33o. Sua resposta est3 habitualmente constitu3da por uma cifra. P.e. Qual 3 a propor33o de pacientes com dor n3o controlada que t3m antecedentes de alcoolismo?

C. Problemas de Correla33o. Atrav3s deles se busca conhecer ao menos 2 vari3veis nos indiv3duos de uma popula33o. O que buscamos 3 poder responder sem conhecer o comportamento de uma vari3vel podemos prever o da outra. Se pode prever o tempo de sobrevida conhecendo a redu33o de peso de um paciente com c3ncer avanado?

D. Problemas de Compara33o. Intenta conhecer diferenas ou semelhanas no comportamento de uma ou mais vari3veis em grupos diferentes. Exemplos habituais deste tipo s3o os estudos de fatores de risco, os de valida33o de m3todos diagn3sticos ou de escalas e os de compara33o de tratamentos ou ensaios cl3nicos.

E. - Problemas de Explica33o. Se conduzem a rela33es causa-efeito. P e. O fumo do tabaco causa c3ncer de pulm3o ?

A classifica33o estabelecida precedentemente tem por objeto identificar a resolu33o adequada para cada problema. Em forma preliminar, diremos que B, C e D se resolvem utilizando o m3todo estat3stico, no entanto E se resolve atrav3s do m3todo hipot3tico-dedutivo. Os problemas de Exist3ncia normalmente n3o s3o necess3rios no m3todo estat3stico se n3o mais bem da observa33o da pr3tica ou, como se tem dito, investiga33o qualitativa, com tudo o que esta 3tima 3 capaz de apontar no 3mbito do Cuidado Paliativo.

Este tipo de formula33o de problemas tem resultado 3til pois delinia em forma simples os tipos de vari3veis e testes estat3sticos a aplicar.

Por3m n3o abundaremos por agora em detalhes acerca disto.

Outra forma, mais simples para ir aproximando-nos do problema de investiga33o, se faa a pergunta: eu quero conhecer.

Assim, de acordo ao que eu queira conhecer ser3 o problema que levantarei:

Tamanho, escala, volume. Quantos.? Que propor33o de pacientes se beneficiaram com isto?. Que porcentagem de m3dicos / enfermeiras, etc. pensam isto?. Decis3es, elei33es, dire33es. Qual seria a melhor a33o a tomar se.? Que mudan3as s3o necess3rias na organiza33o deste servi3o?. Que seria o melhor para.?.

Explicação, compreensão. Por que ocorreu isto?. Como pode explicar este padrão?. Provas, testes, experimentos. Se fazemos isto, o que ocorreu?. Se implementamos esta mudança, teria o efeito desejado?. Quais seriam suas consequências?. Como pode se avaliar este novo serviço?

Processos, sítios. Quando seria o melhor momento para administrar este tratamento?. Quando os pacientes têm maior necessidade deste apoio?. Se mudarmos os horários de atenção, aumentaria o número de pacientes aos quais assistimos?. Mudanças. Como poderia melhorar este serviço/tratamento?. Como poderíamos mudar este padrão de comportamento?

Pensando no problema.

Uma vez decidido o problema a investigar devemos sugerir novos interrogatórios, alguns dos quais já foram previamente indicados:

Que me diz a literatura acerca disto? A resposta a esta pergunta já é conhecida? E de ser assim, ainda me gera dúvidas razoáveis? Agrega algo ao repetir um estudo no âmbito local?

Afim de clarificar o problema, pode resultar de utilidade algum tipo de trabalho exploratório ou piloto, o qual sempre será de utilidade antes de finalizar a proposta de investigação.

Agora podemos entrar em aspectos mais específicos: definir a pergunta de investigação, o objetivo primário, os objetivos secundários e o meta objetivo.

Recém então continuaremos com a arte de ir do particular ao geral, de intentar aprofundar naquilo que nos levará a poder fazer inferências desde nossa população em estudo a -no melhor dos casos- a população em general, que para isso freqüentemente investigamos.

Até a próxima!

Artigo Regional 1.

Transtornos cognitivos em pacientes com câncer: Delírio.

Dr. Guillermo Mammana. Unidade de Cuidados Paliativos Hospital E. Tornú-Fundação FEMEBA.
Email: guillermopablom@yahoo.com.ar

Epidemiologia e diagnóstico.

Os transtornos cognitivos são complicações que apresentam a grande maioria dos pacientes com câncer em fase avançada, especialmente na fase final e a principal causa é o delírio. 80% dos pacientes com câncer desenvolvem delírio nas últimas semanas de vida. é um sinal de mal prognóstico especialmente quando não se encontra uma causa reversível. Este quadro pode aumentar a mortalidade morbida ao contribuir à presença de outras complicações (p.e.; desidratação, quedas, neurotoxicidade induzida por opióides, etc.), produzir grande desassossego na família e conflito com a equipe de saúde.

O delírio é definido como uma síndrome orgânica cerebral transitória de aparição aguda ou sub-aguda caracterizada por uma alteração na atenção (estado de alerta) e a cognição, acompanhada de transtornos no comportamento psicomotor e a percepção. Seu diagnóstico se realiza através dos critérios segundo o manual DSM-IV (1995) (a) presença de transtornos no nível de consciência e a capacidade de atenção, (b) alterações cognitivas (memória, orientação, linguagem e percepção), (c) apresentação aguda (horas ou dias) e curso flutuante, e (d) presença de um transtorno subjacente relacionado etiologicamente com a alteração, ou de uma substância indutora, ou de múltiplas causas.

Os subtipos clínicos de delírio se identificam segundo a presença de alterações psicomotoras em: hiperativo ou agitado quando se associa a alucinações, ilusões e agitação, hipoativo quando há sonolência, retração emocional, e hipoatividade motora e mixto quando se manifesta como uma combinação de ambos.

Sua detecção pode ser realizada através da observação clínica: na entrevista o paciente pode manifestar sintomas pró-drômicos como pesadelos, alucinações transitórias, dificuldade para discriminar percepções, imagens, sonhos e alucinações. A família pode perceber mudanças em sua personalidade, no ritmo do sonho, desorientações, condutas inapropriadas, irritabilidade e falha na memória.

O teste Minimental de Folstein (MMT) é um instrumento validado de detecção de transtornos cognitivos para diferentes populações incluindo os pacientes com câncer avançado. é muito útil porque é simples e pode ser realizado em um tempo breve (aproximadamente 10 minutos) por

pessoa não médica treinada. É mais do que suficientemente sensível e apto para avaliar orientação, registro, atenção, cálculo, memória e linguagem e para a monitorização da resposta ao tratamento adotado. O valor máximo normal do teste é 30 e um valor = 23 geralmente indica falha cognitiva.

Pela flutuação que caracteriza este quadro, e porque as mudanças nos resultados do teste repetidos são um indicador de delírio, a realização do MMT em forma periódica (2-3 vezes por semana) aumenta a sensibilidade para detectar falha cognitiva. Vários dias prévios à presença evidente de delírio pode haver falha cognitiva sutil detectável somente através deste teste. Este pode, ainda, ajudar a descartar depressão que, como veremos mais adiante, pode ser confundida com a forma hipoativa de delírio.

A sensibilidade do MMT para detectar delírio é de aproximadamente 87% e a especificidade é de 82% considerando um valor de corte de 24/30. O percentual de pacientes com falha cognitiva e MMT normal é de 4,7% (falsos negativos).

Não é infreqüente que a disfunção cognitiva passe despercebida em um primeiro momento para a equipe assistencial: em um estudo prospectivo realizado sobre pacientes que foram admitidos em uma Unidade de Cuidados Paliativos, no momento da admissão foram detectadas alterações cognitivas em 34% dos pacientes e passou despercebida ao médico e a enfermeira em 20%. Por tanto a avaliação sistemática da função cognitiva através do MMT e o monitoramento freqüente das alterações senso-perceptivas podem otimizar o diagnóstico precoce destes transtornos nos pacientes com câncer e especialmente naqueles expostos a opióides.

Causas e avaliação.

A avaliação das distintas causas de delírio provem informações útil inclusive em pacientes com enfermidade avançada na fase final. Aproximadamente entre 30-50% dos episódios de delírio nos pacientes com câncer são reversíveis, especialmente quando esta associado a medicação psicotrópica, desidratação e opióides. As alucinações táteis pareciam ser mais específicas de toxicidade por opióides.

Também, quando a causa é múltipla, o quadro costuma ser reversível quando estão envolvidos os opióides (desidratação ou infecção ou hipercalcemia) e pelo contrário, os transtornos metabólicos e a hipoxia, a insuficiência renal e hepática e la encefalopatia são associadas mais freqüentemente a irreversibilidade.

Se bem que na maioria dos casos a origem do delírio é multifatorial, as causas mais freqüentes são: drogas psicotrópicas (benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos), opióides, corticóides, drogas com ação anticolinérgica, transtornos eletrolíticos (desidratação, hiponatremia, hipercalcemia, hiperglicemia, estados hiperosmolares), deficiências nutricionais (Tiamina, vit. B12, folatos), hipotireoidismo, hipoxemia, infecção, metástases no sistema nervoso central (SNC), abstinência (álcool, benzodiazepinas, corticóides, hormônios tireóideais), tratamento com quimioterapia (5-fluorouracila, metotrexato, ifosfamida, cisplatina, interferon, interleucina, etc.) radioterapia cerebral, complicações vasculares, etc.

Tratamento.

O enfoque terapêutico mais adequado e integral compreende (a) medidas gerais, (b) intervenções dirigidas às diferentes causas potencialmente reversíveis, (c) manejo farmacológico dos sintomas de delírio (alucinações, ilusões, agitação, ansiedade) e (d) apoio psicossocial ao paciente e à família.

Medidas gerais.

Assegurar um ambiente tranqüilo, evitar a sobre-estimulação sensorial (reduzir o estímulo luminoso e auditivo), eleger uma habitação cerca de enfermaria se estiver internado, assegurar a companhia de um familiar continente, acercar objetos que sejam familiares para o paciente, utilizar uma luz tênue de noite, promover à orientação temporo-espacial (almanaque, relógio visível), utilizar a comunicação não verbal para melhorar a compreensão no diálogo. As alucinações e ilusões deveram ser interrogadas de forma direta e cuidadosa já que é freqüente os pacientes não reportarem de forma espontânea sua presença por temer serem catalogados como enfermos psiquiátricos.

Tratamento das causas potencialmente reversíveis.

Por sua natureza multifatorial, devem ser identificadas especialmente as causas potencialmente reversíveis que, como se mencionou previamente, correspondem a aproximadamente 30-50% dos episódios de delírio. Tratar a desidratação (considerar a

hidratação subcutânea ou hipodermocliosis), suspender medicação psicotrópica como benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos e drogas com ação anticolinérgica, tratar os transtornos metabólicos, hipercalcemia, sepsis, rotacionar opióides se existe suspeita de neurotoxicidade por opióides. Solicitar estudos dirigidos a identificar as causas potencialmente reversíveis que se suspeita pelo exame clínico.

Tratamento farmacológico dos sintomas de delírio.

Os sintomas que freqüentemente acompanham o delírio são as alucinações, as ilusões, a agitação psicomotriz e a ansiedade. O tratamento farmacológico do episódio agudo hiperativo se baseia no uso dos neurolépticos, especialmente o haloperidol que têm ação antidopaminérgica, efeito sedativo útil, e baixa incidência de efeito hipotensor e anticolinérgico. É muito importante destacar a importância de indicar, para delírio agitado, um tratamento agressivo desde o começo do quadro para minimizar a possibilidade de sofrimento especialmente na família do paciente.

Recordar que a presença de delírio é um fator independente de mal prognóstico e a forma em que a família do paciente vivencia este quadro, pode condicioná-la a um duelo traumático.

O haloperidol O, EV ou SC é utilizado em uma dose inicial sugerida de 2 mg/6h e 2 mg como resgates a cada 1 hora (as doses parenterais são aproximadamente o duas vezes mais potentes que as orais). Se a agitação é severa, recomenda-se começar com 2 mg durante a primeira hora cada 15-30 min e logo espaçar a dose segundo a evolução dos sintomas. Na maioria dos casos, dose de 0,5-1 mg três vezes ao dia são efetivas e raramente são requeridas ou são efetivas dose superiores a 20 mg/dia.

Aproximadamente 10% dos pacientes com câncer terminal que apresentam delírio hiperativo não se controlam com haloperidol como única droga. Neste último caso pode ser necessário a utilização de fenotiazinas como a tioridazina O em uma dose de 10-75 mg por dia ou a clorpromazina O, com a precaução que estas duas droga têm mais efeito hipotensor e sedativo que o haloperidol. A dose recomendada de clorpromazina é de 12,5 a 50 mg cada 4-8 h. Também tem-se observado melhoria no despertar e a função cognitiva nos quadros hipoativos com neurolépticos (p.e. haloperidol, clorpromazina). Existem outros neurolépticos mais novos, a risperidona O e a olanzapina O que são utilizados nos quadros de delírio. Estes provocam menos sintomas extrapiramidais, hipotensão ortostática, distonia aguda e efeitos anticolinérgicos que o haloperidol e a clorpromazina a dose da risperidona é de 0,5 a 1 mg c/12h e a olanzapina 2,5 a 20 mg/dia em doses divididas. Estas drogas neurolépticas foram menos estudadas nesta população e não existem em preparações para sua administração parenteral.

Se logo após dois ou três dias de tratamento com haloperidol os sintomas hiperativos estão controlados, se recomenda reduzir as doses, e se pelo contrário consideramos que vamos seguir requerendo medicação neuroléptica em forma crônica, se recomenda a suspensão do haloperidol e iniciar tratamento com olanzapina ou risperidona que têm um perfil de toxicidade extrapiramidal mais favorável. A outra indicação destes novos neurolépticos seria para aqueles pacientes que apresentaram toxicidade com haloperidol ou fenotiazinas.

Se o quadro de agitação não cede pode ser necessária a utilização de clorpromazina e em última instância o midazolam, se o quadro é refratário às medidas implementadas.

No manejo farmacológico, as benzodiazepinas estão recomendadas associadas ao haloperidol para sedação mais rápida no paciente com delírio agitado e quando, ante a refratariedade do quadro, se decide a sedação como veremos mais adiante. O lorazepâm O, SC ou EV utiliza-se uma dose inicial de 0,5-1 mg cada 1-2h. A diferença das drogas neurolépticas como o haloperidol, as benzodiazepinas não melhoram a função cognitiva nem a sensorial. Estas drogas devem ser evitadas no paciente com possibilidade de errar, porque sua ação desinibidora a nível de SNC pode exacerbar o delírio e provocar quedas e acidentes.

Em última instância, se o quadro de delírio hiperativo ou agitado não resolve, e se considera um sintoma refratário, pode considerar-se uma medida de último recurso: a sedação paliativa também denominada sedação terminal. Esta se define como a indução e manutenção voluntária de um estado de sedação profunda, em um paciente que padece uma enfermidade incurável com possível falecimento em horas ou poucos dias e tem um sintoma refratário, sem a intenção deliberada de acelerar a morte apesar do conhecimento da possível risco de acordar a vida. Cherny e Portenoy definem um sintoma refratário como aquele que não pode ser controlado adequadamente em um tempo prudencial apesar de repetidos intentos terapêuticos que não comprometam a consciência e que não aumentem a morbidade. Antes de decidir a

sedação, é recomendável que mais de um profissional treinado no controle de sintomas avalie o paciente em forma repetida para constatar fehacientemente a refratariedade de sintoma e se deve ainda intentar o consentimento de paciente (difícil pela falha cognitiva) e sempre o consentimento da família. Se recomenda considerar sempre a possibilidade da sedação intermitente prévia à decisão da sedação definitiva. A implementação da sedação se pode indicar com uma infusão de midazolâm EV ou SC uma dose inicial de 1 a 4 mg/h (preparar 100 ml de solução fisiológica com 100 mg de midazolâm (1mg/ml), colocar em bomba de infusão EV ou SC continua a 1-4 ml/h). São necessárias habitualmente doses de 30-100 mg cada 24 h.

O propofol, é um anestésico de ação curta que é utilizado por uma dose em embolo EV de 20mg seguido de uma infusão EV contínua de 10-70 mg/h e até 400 mg/h nos pacientes severamente agitados. Outra opção para a implementação de uma sedação é a utilização de barbitúricos e entre eles o fenobarbital que tem a vantagem de poder ser administrado por via SC e EV.

Intervenções específicas sobre a família.

O delírio gera um impacto emocional significativo nos pacientes, os cuidadores e a equipe de saúde, porém muito especialmente na família do paciente. Este quadro pode ser causa de conflitos entre a família e a equipe tratante.

A explicação clara à família com linguagem simples dos mecanismos responsáveis deste quadro ajudam à melhor compreensão e aceitação da desesperante situação que muitas vezes se gera em torno desta síndrome. Existem vários fatores relacionados com o paciente, com delírio mesmo e com a família que podem condicionar o discurso da equipe de saúde com a família e, por consequência, deve-se considerar para assegurar um assessoramento e apoio emocional adequado.

PACIENTE.

Expressão sintomática. Durante o quadro de delírio o paciente pode apresentar uma grande variedade de expressões que a família pode interpretar de maneira muito traumática: movimentos involuntários, movimentos sem sentido, faces, queixas, respiração ruidosa, repetição de frases incoerentes, desinibição, enjôo, agressividade, choro. Frente a este panorama, deve-se dar uma explicação compreensível das distintas manifestações do paciente que não se traduzem em sofrimento sem exacerbação da queixa por desinibição.

Dificuldade na comunicação. A atenção, a compreensão, a linguagem, o pensamento e o racionamento lógico se encontram alterados e isto encontra-se refletido em uma mudança na personalidade do paciente, em demandas ilógicas e incompreensíveis e em reações emocionais e estados de ânimo poucas vezes vistos pelos entes queridos.

Flutuação. É a característica diferencial dos sintomas na falha cognitiva, pode confundir à família e também a equipe tratante acerca da presença ou não do quadro.

Possibilidade de reversibilidade ou não do quadro e a eventualidade de mal prognóstico a curto prazo. Deve-se discutir com a família estes aspectos, mais ainda que se esteja na presença de uma causa irreversível.

FAMILIA.

Os distintos membros podem ter distintas reações emocionais e diferentes recursos ou capacidades para afrontar situações traumáticas. Deve-se estar atento em especial às reações mal adaptativas para assegurar uma adequada intervenção de suporte psicológico. Deve-se transmitir à família e ao entorno afetivo em reuniões periódicas informativas e com objetivos pré estabelecidos os distintos aspectos: o estado do quadro, as causas prováveis que o originaram, explicação da expressão sintomática, a possibilidade de reversibilidade e se esta não for possível os objetivos claros do tratamento e até a possibilidade de não existir tratamento da causa. Deve-se falar também dos limites nas intervenções: suspensão de tratamentos fúteis, ordens de não-derivação a unidade de cuidados intensivos e de não-reanimação, possibilidade de requerer sedação em caso de refratariedade de delírio hiperativo e explícita discussão da diferença entre sedação terminal e a eutanásia. É importante transmitir à família que os sintomas de delírio implicam uma falha no funcionamento cerebral e não uma expressão de dor ou sofrimento. O sofrimento é normalmente maior na família que no próprio paciente.

Nos pacientes que apresentam delírio produz-se dano neural por uma ou várias causas (hipercalcemia, desidratação, sepsis, citoquinas, etc.), e se afetam nos estádios iniciais os

circuitos neurais gabaérgicos (inibitórios) que predominam no SNC. Com ele se gera um comportamento de desinibição; assim o paciente pode apresentar exacerbação ou expressão dramática de sintomas previamente controlados.

P. e. com respeito a dor, um paciente que até esse momento tinha o sintoma controlado, no contexto da falha cognitiva, pode aumentar sua expressão sem que exista alguma mudança na aferência nociceptiva. A falta de localização da dor, "me machuque todo", e a ausência de resposta analgésica com a administração de um opióide titulado corretamente e com dose de resgate sugere a presença de somatização ou delírio.

Na medida que o dano neural progride ou a causa do mesmo não se corrige, produz-se lesão neural tanto dos circuitos inibitórios como dos excitatórios e com ele pode haver sonolência, hipotensão, coma e morte. Quando a família presencia o quadro de delírio em seu ente querido sofre uma angústia muito importante ao interpretar que a queixa exacerbada representa uma agonia desesperante, uma dor insuportável e que eles não respondem às demandas às vezes irracionais do paciente. Em ocasiões, o delírio para a família pode significar que o paciente está combatendo nos últimos momentos de sua vida.

Por tudo isto é fundamental explicar que a troca na atitude e o comportamento do paciente são produzidos por um mal funcionamento do cérebro. É primordial transmitir ainda mais que nesse momento o paciente não compreende o que sucede, que não tem registro e que sem o paciente se recupera do delírio, logo não recorda o que aconteceu. Em momentos de aparente lucidez, se recomenda transmitir ao paciente que o que lhe sucede é um quadro freqüente e muitas vezes reversível; esta flutuação entre "lucidez" e falha cognitiva é parte do diagnóstico de delírio junto com sua aparição aguda ou sub-aguda.

Esta mensagem à família tem que ser segura, reiterada nas reuniões e transmitida a todos os seus membros. Também é necessário educar aos diferentes colegas que assistem ao paciente para manter com a família um discurso único e coerente. É importante falar com a família acerca dos tratamentos que se implementam, as possibilidades de reversibilidade ou não do quadro e os limites das intervenções. Qualquer que seja a causa, se trata o quadro clínico para aliviar a excitação e se assegura o tratamento da dor.

Os interessados nas referências bibliográficas deste artículo, podem solicitá-las a guillermopablom@yahoo.com.ar

Artigo Regional 2.

Educação de enfermagem em Cuidado Paliativo. Uma experiência Argentina.

Marta Junín. Licenciada em Enfermagem, Universidade de Buenos Aires, Argentina.

Email: juncal@netizen.net.ar

"A Organização Mundial de Saúde (OMS) sustenta que a formação de enfermagem no tratamento da dor por câncer e o Cuidado Paliativo é essencial ao estabelecer um programa em qualquer instituição de saúde. Recomenda que se incluam como assinaturas obrigatórias nos planos de estudo oficiais e que sejam aceitas pelos organismos correspondentes, que sejam reconhecidas pelas universidades e as entidades profissionais para seu estudo, para a produção de teses, a obtenção de diplomas e títulos avançados, que sejam incluídas em programas de estudo de pós-graduação em organismos de educação contínua e que as instituições acadêmicas e as entidades que subvencionam a investigação lhes dêem o reconhecimento adequado em quanto à concessão de becas de investigação e outro tipo de ajuda." Organização Mundial de Saúde. Alívio da dor e tratamento paliativo no câncer. Série de Informes Técnicos 804, 1990.

As recomendações da OMS propõe um modelo de currículo básica para os diferentes níveis de formação de enfermagem em Cuidado Paliativo, cujos conteúdos devem ser distribuídos por um professorado multidisciplinário, com experiência clínica e docente.

Em nosso país, enfermagem tem expressado a necessidade de formação em Cuidado Paliativo a partir de sua participação em todas as atividades relacionadas com o cuidado das pessoas com enfermidade avançada, incurável e em etapa terminal, para tanto estamos trabalhando muito ativamente para responder a essas necessidades. Os objetivos e conteúdos destas atividades educacionais tem diagramado respondendo às exigências da OMS.

Formação em Cuidado Paliativo na pré-graduação.

Planeja-se como objetivos: trabalhar a partir das atitudes dos estudantes de enfermagem frente à situação que vive a pessoa com enfermidade que ameaça a vida, incrementar as habilidades para a valorização das necessidades do enfermo e sua família e incorporar conhecimentos básicos sobre os princípios dos Cuidado Paliativo.

Foi implementado desde no ano de 1999, um módulo obrigatório de formação em Cuidado Paliativo, de 25 horas cátedra, desenvolvimento no segundo ano da Carreira de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires (UBA) e desde o ano 1996 no primeiro e terceiro ano da Unidade Acadêmica da UBA na Escola de Enfermagem do Hospital Britânico de Buenos Aires. A quantidade aproximada de alunos que participam deste módulo por ano é de 200. Se planeja como desafio desenvolver este módulo em todas as Escolas de Enfermagem da Cidade de Buenos Aires e do resto do país.

Cuidado Paliativo na Educação Continuada.

Através do Departamento de Capacitação de Enfermagem "Bernardino Rivadavia" (DCBR), da Secretaria de Saúde do Governo da Cidade Autônoma de Buenos Aires (GCABA), têm proposto brindar uma resposta às necessidades de capacitação do recurso humano de enfermagem dos 33 hospitais públicos da Cidade de Buenos Aires. Os objetivos escalonados do DCBR são os de impregnação da temática de dor e Cuidado Paliativo através de cursos introdutórios, de atualização e de aperfeiçoamento, com a finalidade de melhorar a qualidade de atendimento de saúde.

Desde o ano de 1998 se organizam na sede do DCBR cursos dirigidos aos diferentes níveis de formação: auxiliares, profissionais e licenciados em enfermagem. São desenvolvidos 14 "Cursos de Atualização em Cuidado Paliativo", com 283 integrantes e a partir do ano de 2000, foram organizados 14 cursos de "Intervenção de Enfermagem ante o paciente com dor", com 395 participantes. Tem uma modalidade teórico-prática com avaliação final escrita. Devemos destacar que todos estes cursos organizados pelo DCBR são não arancelados, e o pessoal é comissionado pelos Departamentos de Enfermagem de cada hospital, isto lhes permite a assistência aos mesmos durante seu horário de trabalho. Planeja-se como objetivos gerais: incrementar os conhecimentos científicos que permitam brindar cuidados de enfermagem adequados, melhorar as habilidades técnicas e implementar a metodologia de trabalho interdisciplinário em equipes de Cuidado Paliativo.

Os objetivos e conteúdos destes cursos são diagramados respondendo aos lineamentos da OMS, e em concordância com os mesmos se inclui um componente prático; os coordenadores e docentes são membros de equipes interdisciplinares, possuem experiência assistencial e formação universitária de pós-graduação na área de dor e Cuidado Paliativo. As unidades temáticas se desenvolvem através de diferentes modalidades didáticas, incentivando a participação ativa do educando em seu próprio processo de aprendizagem. Os trabalhos em pequenos grupos de discussão, permitem aos assistentes a oportunidade de compartilhar experiências com os colegas dos diferentes serviços e hospitais, obtendo um intercâmbio enriquecedor. São entregues material bibliográfico de estudo e consulta, como apoio teórico de cada um dos temas. As atividades práticas se desenvolvem nas salas de internação clínica-cirúrgica do hospital sede e cada grupo tem assinado um tutor. Se são cumpridos os requisitos de aprovação, ao finalizar o curso entrega-se um Certificado.

Planeja-se como desafio a formação de referencias de enfermagem e a criação de equipes de Cuidado Paliativo em cada um dos hospitais públicos de Buenos Aires.

Formação em Cuidado Paliativo no pós-graduação.

Tem-se implementado em diferentes níveis:

Residências de Enfermagem: é um sistema remunerado de capacitação de pós-graduação em tempo integral com dedicação exclusiva, desenvolvimento no âmbito intra hospitalar ou na comunidade e nas seguintes especialidades:

Clínica Médica, Emergências e Cuidados Críticos, Infectologia, Oncologia, Perinatologia, Pediatria, Atenção Geral Integral Comunitária. Desde 2003, a Direção de Capacitação e Desenvolvimento da Secretaria de Saúde do Governo da Cidade Autônoma de Buenos Aires, incluiu um módulo obrigatório de Cuidado Paliativo, com uma duração de 20 horas, formando parte do Curso Básico Comum das Residências de Enfermagem. Este se desenvolve em forma conjunta no início da atividade de formação dos residentes de todas as especialidades de adultos e pediatria, que posteriormente se desempenharam em instituições dependentes do

sistema de saúde do GCABA. Residência multiprofissional, interdisciplinária e multicêntrica de Cuidado Paliativo: promove a formação de pós-graduação para integrantes de diferentes profissões da equipe de saúde: Medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, kinesiologia, terapia ocupacional e farmácia, no âmbito do GCABA. A posta em marcha desta residência no mês de Junho de 2005, produziu-se em função das necessidades da população com respeito ao impacto na qualidade de vida que produzem as enfermidades crônicas, avançadas e progressivas e particularmente o cuidado de final de vida. O propósito é formar profissionais que alcancem competências específicas em Cuidado Paliativo, colaborando na atenção e resolução dos problemas de saúde emergentes dessas situações que afetam à pessoa enferma e sua rede familiar e comunitária. A formação interdisciplinária abrange atividades de observação, praxis ativa e reflexão vivencial e grupal, com tutoriais e rotações obrigatórias e optativas em diferentes hospitais e centros de saúde com equipes de Cuidado Paliativo.

Formação Universitária: constituem um nível avançado e está dirigido a capacitar enfermeiros que realizam seu trabalho com dedicação completa em um Programa de Cuidado Paliativo, com o objetivo de adquirir responsabilidade sobre pacientes com enfermidade em estágio avançado e em situações de diferente complexidade, assim como poder atuar como referentes nas áreas: assistencial, de docência e de investigação.

Foram desenvolvidos cursos de pós-graduação dependentes de universidades públicas e privadas, com modalidade interdisciplinária, dirigidos ao conjunto de profissionais da equipe de saúde e incluem pasantías e rotações práticas

Conclusão.

A educação em Cuidado Paliativo dos trabalhadores de saúde, junto com as políticas governamentais adequadas e a planificação dos recursos, tem sido os elementos que tem permitido a implementação dos Programas de atenção das pessoas com enfermidade avançada, incurável e em etapa terminal.

Um recurso humano de enfermagem capacitado, que desenvolvam suas funções nas áreas de internação específica, equipe móvel de inter-consulta hospitalar geral, consultórios externos, seguimento telefônico, hospital de dia e cuidados domiciliares, nos permite responder às necessidades das Equipes Interdisciplinares de Cuidado Paliativo, desenvolvendo uma intervenção de enfermagem eficaz no cuidado das pessoas com enfermidade que ameaça a vida.

"Ensinar Cuidado Paliativo não é somente desenvolver conteúdos científicos. Formar enfermeiros para cuidar de pessoas à beira da morte implica em considerar os valores, crenças, cultura e experiências pessoais. È essencial que a educação em Cuidado Paliativo integre não somente conhecimentos e destrezas, mas também esforço para identificar métodos que ajudem a incorporar a compaixão, a empatia e o existencial da "arte" da enfermagem paliativa", de Ferrell B, Coyle N. Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press, New York, 2001.

Actividad Regional

Foro de intercambio.

Para compartilhar experiências, solicitar ajuda, ou planejar o desenvolvimento de projetos conjuntos.

Sou María Benilda Patiño Flórez, enfermeira colombiana que atualmente realizou um doutorado na Universidade de Alicante de España. Atualmente sou cuidadora de uma pessoa que sofre de ELA e estou interessada em conhecer experiências cuidadoras de enfermeiras latino-americanas, de projetos, ou investigações já realizadas, a respeito, pois meu interesse é de favorecer o bem estar desta pessoa, também é realizar meu projeto de investigação neste campo.

Agradeço a colaboração para facilitar esta informação.

Contato: mpatinoflorez2000@yahoo.es

Celebrações programadas para festejar o dia 8 de Outubro próximo o Dia Mundial do Cuidado Paliativo.

ARGENTINA.

A Dra. María de los Ángeles Pruvost, comunica que CONTIGO, associação civil para o alívio da dor e Cuidado Paliativo, em Córdoba, se unirá à celebração com um Curso de Psiconcologia na semana anterior ao dia festivo, um espetáculo coral no auditório da Universidade Católica de Córdoba sábado 8 de outubro às 20 horas, um passeio ciclístico pelas ruas da cidade de Córdoba, impressão alusiva com o logo da instituição, a inauguração de uma casa de dia.

BRASIL.

O Dr. Antonio Gomes Teles, do GAPPO (Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico) comunica que em 8 de Outubro realizaram uma reunião no Hospital do Câncer de Goiânia-Goiás sobre a importância do Cuidado Paliativo. Serão convidadas autoridades sanitárias, médicos, enfermeiras e outros profissionais. Serão entregues 50 camisetas com impressões arte relacionadas com Cuidado Paliativo.

COLOMBIA.

A Dra. Marta Ximena León comunica que o Dia Mundial do Cuidado Paliativo serão realizados em Cali, Medellín e Bogotá eventos acadêmicos de assistência gratuita e atividades para fazer visível o Cuidado Paliativo entre a comunidade geral e os líderes de opinião. Para ele serão organizados sessões de cinema, exposições de arte, concursos de narrativa e atividades lúdicas de pintura. Se organizou um concurso em 6 serviços de oncologia pediátrica para projetar o poster da difusão nacional do evento.

URUGUAY.

O Dr. Héctor Morse informa que a celebração do dia o Dia Mundial do Cuidado Paliativo incluirá um concerto coral em que atuarão 3 coros: 1 das crianças de 2 escolas do interior do país (Fray Bentos), 1 da 1ª e 3ª idade (conjunto clássico carnavalesco "Murga de veteranos La Matiné" e o de "Montevideo-Gospel". O lugar é o salão de Atos do Colégio e Liceo Santo Domingo-Hermanas Dominicás.

PERU.

A Dra. Maria del Rosario Berenguel, do Instituto de Enfermidades Neoplásicas Lima, informa que realizará um passeio de tochas em 8 de Outubro com o símbolo do Cuidado Paliativo e corações verdes. Participaram muitas entidades, e será proposto ao ministério guardar 1 minuto de silêncio ao meio-dia do dia 8 em memória aos pacientes que se encontram com enfermidade terminal e requerem apoio.

No início de Outubro foi organizada a semana Paliativa com um evento científico de 2 dias.

VENEZUELA.

O Dr. Belkis Vásquez comunica que a equipe de Cuidado Paliativo Oncológico "Luis Razetti" celebrará o Dia Mundial de Cuidados Paliativos com um concerto de música venezuelana na Aula Magna da Universidade Central da Venezuela com o grupo El Cuarteto.

Atividade Docente. Exposição de Fotografia. Sitio de Psico-Oncologia.

Atenção psicossocial em Cuidado Paliativo: encontros de reflexão e aprofundamento clínica.

Supervisão de casos clínicos. Atividade teórico prática para médicos e profissionais da área psicossocial. Frequência quinzenal; as sextas-feiras das 20 as 22 h, de setembro a dezembro de 2005.

Coordenação: Lic. Noemí Díaz.

Início: Setembro de 2005.

Informes e inscrições: 54 11 15 5 009 8433, ou deixar mensagem em 54 011 4622-0982. Email: noediaz@elysium.com.ar

Curso universitário intensivo de diagnóstico e tratamento de dor.

Para os profissionais da saúde: médicos, residentes de medicina, odontólogos, kinesiólogos, fisiatras. 12 e 13 de agosto de 2005.

Organiza: Universidade de Ciências Empresariais e Sociais (UCES) Faculdade de Ciências da Saúde.

Auspícia: Fundação Argentina de Luta Contra a Dor (FUNDOLOR)

Informes e inscrições: TE 54 4815-3290 (int. 463-464-465)

Cursos de Cuidado Paliativo para o pessoal de enfermagem.

Organizados pelo Departamento de Capacitação "Bernardino Rivadavia" da Secretaria de Saúde do Governo da Cidade Autônoma de Buenos Aires. Coordenação: Lic. Enf. Marta Junín
Final: 9/8 a 25/10/2005

Informes e Inscrições: Departamento de Capacitação "Bernardino Rivadavia" TE/Fax 54 4804-8451

Exposição de fotografia.

O Dr. Javier Rocafort Gil comunica que o Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, Espanha, como atividade paralela As Jornadas Nacionais de Cuidados Paliativos (Cáceres, Outubro de 2005) está organizando uma exposição fotográfica para reflexar a história e essência do CP em todas as suas faces (paciente, família, equipe, atenção hospitalar, atenção domiciliar urbana e rural) de Espanha, Portugal e América Latina.

Os participantes poderão apresentar de forma voluntária e desinteressada fotografias em blanco e preto ou coloridas relacionadas com CP, indicando nome do autor, título da fotografia e lugar de trabalho. O formato é livre (em papel fotográfico, melhor copias, não originais) e o prazo máximo de apresentação é até 10 de Outubro de 2005.

Entre todos os participantes será sorteada uma inscrição para o Congresso Nacional de Cuidados Paliativos a celebrar em San Sebastián em 2006. Cada autor se responsabilizará do conteúdo das fotografias, incluindo a garantia de confidencialidade e respeito às pessoas que podem aparecer nelas.

As fotografias devem ser remetidas ao Dr. Javier Rocafort Gil, Coordenador Regional de Cuidados Paliativos, Avenida de las Américas 1-2 06800 Mérida, Espanha. jrocafort@arrakis.es

Currículo Internacional Multilingüe em Psicosocio-Oncologia.

Os Dres. Christoffer Johansen e Alberto Costa convidam a visitar o International Multilingual Core Curriculum in Psychosocial Oncology e a ingressar a uma biblioteca dedicada a educação de profissionais assistenciais que trabalham com pacientes com câncer. Também anunciam que a Sociedade Internacional de Psico-Oncologia (IPOS, International Psycho-Oncology Society) e a Escola Européia de Oncologia (ESO, European School of Oncology) tem desenvolvido conferencias sobre 5 temas importantes em psico-oncología, que estão em Inglês, Francês, Alemão, Húngaro, Italiano e Espanhol e que podem ser acessas por Internet.

Se elaborará mais material a medida que se desenvolve esta fonte virtual de informação. A intenção desta iniciativa é prover dados, conhecimentos e experiência para fortalecer a informação acerca dos problemas psicológicos e sociais dos pacientes com câncer.

<http://www.ipos-society>

[org/professionals/meetings-ed/core-curriculum/core-curriculum-pres.htm](http://www.ipos-society.org/professionals/meetings-ed/core-curriculum/core-curriculum-pres.htm)

www.cancerworld.org