

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. Cisio Brandao (Brasil), Dra. Isabel Galrica Neto (Portugal)

Coordenação: Lic. Carolina Monti (Argentina)

Circular Nº 26

CONTENIDO.

- Comentários da Comissão Diretiva.
- Coluna de investigação.
- Artigo regional.
- Artigo da literatura internacional.
- Celebrações o Dia Mundial do Cuidado Paliativo.
- Actividad docente. Exposición de fotografía. Sitio de Psico-oncología.

Comentários da Comissão Diretiva.

Olá a todos. Este mês temos vários anuncios importantes:

Dia Mundial dos Cuidados Paliativos.

Primeiro, a celebração do Primeiro Dia Mundial dos Cuidados Paliativos foi um sucesso total. Em muitos países o Dia serviu para gerar interesses, criar consciência e reunir pessoas interessadas não tema. Adicionalmente, a América Latina foi a região mais ativa na celebração do Dia Mundial e a região que mais firmou contribuições para com os governos. Muito obrigado aqueles que participaram nisto com tanto entusiasmo e dedicação. Nosso grande desafio é continuar construindo sobre estas bases que foram obtidas nestes últimos meses. Não podemos deixar cair o entusiasmo nem o interesse que foi gerado com a celebração do Dia Mundial. Devemos capitalizar sobre estas conquistas e aproveitá-las para conseguir nossos objetivos.

A Associação Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC) concedeu várias bolsas de estudo na América Latina de apoio para a celebração do Dia Mundial à programas nacionais de CP e a instituições no México, Colombia, Brasil, Venezuela, Uruguai, Guatemala, Argentina e Cuba. Nesta edição da Circular foram incluídos reportes das atividades nestes e em outros países. português

Cursos a Distância através de Internet.

Várias pessoas tem enviado mensagens solicitando informações sobre os cursos a distância de CP. Para informações adicionais e inscrições, podem escrever a paliativo_femeba@yahoo.com.ar

III Congresso Latinoamericano de Cuidados Paliativos.

Os preparativos do 3º Congresso Latinoamericano de Cuidados Paliativos, 22-25 de Março de 2006 na Ilha Margarita (Venezuela) seguem avançando. A Dra. Patricia Bonilla, presidente do Congresso na Venezuela tem trabalhado para que tudo caminhe bem e para que o congresso seja um sucesso. Estamos muito agradecidos por seu trabalho, dedicação e entusiasmo.

Ainda a pouco fizemos o chamado para a apresentação de artigos. Ao final do Congresso será entregue um prêmio de US \$250 aos melhores artigos em quatro categorias: medicina, enfermagem, psicologia e trabalhos regionais. Esperamos a participação de todos os paliativistas e que isto sirva de incentivo para gerar projetos de investigação na Região. A data limite para a inscrição de artigos é Enero 31 de 2006.

As fichas de inscrição e registro assem como a de artigos e o programa preliminar estão disponíveis em nosso website em www.cuidadospaliativos.org Já temos várias pessoas registradas e é importante que aqueles que quiserem participar se registrem para garantir alojamento no Hotel, do contrário podem ficar sem habitação nem instalação. Para este congresso estamos esperando mais de 600 pessoas – queremos como nas reuniões anteriores, quebrar o recorde de assistência e participação.

Nota: Na ficha de inscrição e registro virão os preços em dólares e em bolívares. Os preços em bolívares são para nossos colegas da Venezuela, os demais devem inscrever-se pagando em dólares.

Para os interessados no campo da Pseco-Oncologia: a Dra. Jimmie Holland, um dos líderes mundiais no campo e uma das fundadoras da Associação Internacional de Pseco-Oncologia (International Psycho Oncology Society – IPOS), confirmou sua presença no congresso Latinoamericano para não só apresentar uma palestra, mas também para dar início oficial ao programa de Pseco-oncologia em CP na América Latina.

Para lançar este programa de Pseco-oncologia em CP na região, é necessário criar uma subcomissão da ALCP que se dedique a trabalhar e desenvolver estratégias para a criação destes programas nos países. Fazemos um chamado para que as pessoas interessadas em dirigir esta subcomissão enviem suas aplicações e cópias de seu CV para a seleção. A seleção da pessoa estará a cargo de uma comissão com representantes da ALCP, IPOS, Dra. Holland e outros reconhecidos líderes no campo. Os candidatos devem: (1) ter título de psiquiatra ou psicólogo com nível de pós graduação, (2) ter experiência na área de pseco-oncologia e CP, (3) saber inglês (falado e escrito) para poder representar a subcomissão ante a IPOS, nas discussões com os representantes de outras regiões e nos congressos internacionais, e (4) ter acesso a Internet e manter uma conta ativa de correio eletrônico. O/a diretor/a da subcomissão deverá (1) desenvolver um plano para um programa de Pseco-oncologia para a ALCP em conjunto com outros psicólogos e psiquiatras interessados no tema, (2) adequar um comitê de pseco-oncologistas em CP na América Latina, (3) estabelecer e manter uma aliança de cooperação técnica e de apoio com a IPOS, (4) estabelecer os parâmetros para a seleção futura dos diretores e o rol dos integrantes e (5) desenvolver um plano para a disseminação da disciplina de Pseco-oncologia em CP na Região.

As pessoas que cumprirem estes requisitos e estejam interessadas em se aplicar para este cargo, podem enviar cópias de seus CVs para info@cuidadospaliativos.org

Área de exibição.

Teremos um área de exibição para as companhias farmacêuticas e entidades não governamentais, acadêmicas e organizações que quiserem participar com sua presença em um stand no Congresso. A ALCP e a IAHPIC terão um stand onde poderemos entregar informações sobre como apoiar o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos na Região. As entidades sem fins lucrativos podem comprar espaço a uma fração do preço regular. Para mais informações, podem escrever para info@cuidadospaliativos.org

Contamos com sua participação e nos vemos na Ilha Margarita, Venezuela de 22-25 de Março de 2006.

Um abraço a todos,

Liliana De Lima, MHA
Presidente ALCP

Coluna de Investigação Número 3.

A cargo do Dr. Jorge Eisenchlas, Pallium América Latina, Buenos Aires, Argentina.
Email: jeisen@fibertel.com.ar

Do Universo à Amostra

Na prática clínica habitualmente realizamos conjecturas e tomamos decisões baseadas em nossa experiência cotidiana. Condições tais como “os pacientes com doenças progressivas e avançadas preferem uma comunicação honesta” podem ser apreciações basadas solamente em nossa visão sobre algunos casos; pero estas conjecturas não nos permiten garantir que é o que ocorre não universo de “todos os pacientes com doenças progressivas e avançadas”, definindo Universo (ou PROVAÇÃO) como o conjunto de elementos que têm alguma característica em comum; no caso do exemplo: pessoas que sofrem doenças progressivas e avançadas. Porém a hora de gerar conclusões de valor científico às apreciações ou conjecturas derivadas da prática, ainda quando podem ser precisas, estão acostumadas a necessitar do marco adequado que lhes dê sustento, em grande parte devido ao fato de que as mesmas podem não prover de uma *amostra representativa*.

Se no marco de uma investigação acerca da valorização da comunicação por parte dos pacientes “com doenças progressivas e avançadas” pudermos entrevistar a TODOS eles, estaríamos realizando um *censo*, com o qual a toma de uma amostra necessitaria de importância.

Porém habitualmente resultará em algo impossível de aceitar para toda a população de interesse. Imaginemos por exemplo que desejamos estudar a prevalência de dor por câncer em um país determinado; necessitaremos sem dúvida de uma amostra de pacientes com câncer que nos permita generalizar os resultados encontrados à população inteira de pacientes com câncer desse país, sendo precisamente aqui onde a estatística joga um rol principal.

Vemos assem que a definição adequada da população resulta de fundamental importância para empreender um estudo de investigação; ao mesmo tempo, podemos adiantar que uma definição inadequada da população será uma fonte de error impossível de corrigir em passos futuros da investigação, ao menos se não vamos distorser as características do estudo, coisa *pouco científica* no mínimo.

Com base no dito podemos agora dar algumas definições.

POPULAÇÃO: é um conjunto de Unidades de Observação (p.e: pacientes, familias, equipes, determinações de laboratório, etc.) que têm em comum uma série de características específicas (critérios).

POPULAÇÃO OBJETIVO OU ALVO ou *diana*: É aquela sobre a qual se quer aplicar (generalizar) os resultados de uma investigação e é nesta direção que inferimos as conclusões da investigação. Esta população se define utilizando critérios de inclusão, exclusão e eliminação.

a. Critérios de inclusão: estão conformados pelas características específicas que melhor definem à população alvo. Estas características podem ser clínicas (diagnóstico, performance status, etc.) ou demográficas (idade, sexo, etc.). Na prática, estamos acostumados a recorrer a estudos prévios nos que se tenha selecionado uma população semilar à que nos desejamos incluir, para conhecer como tem sido definida esta por outros autores, ainda quando o problema à investigar poderia haver sido diferente.

b. Critérios de exclusão: estão constituídos por aquelas características que faram com que os individuos não ingressem ao estudo. A utilização de critérios de exclusão tem por objetivo, por uma parte, dar viabilidade ética ao estudo (por exemplo, a não-inclusão de pacientes incapazes de firmar um consentimento informado – veremos isto com maior detalle em outro momento) e por outra, controlar variáveis capazes de modificar o estudo. P.e., se desejamos investigar a efetividade de uma droga para o tratamento da fadiga por câncer, excluiríamos os pacientes afetados por síndrome de fadiga crônica.

c. Critérios de eliminação: configuram uma espécie de critérios de exclusão *tardios*. Os critérios de eliminação adquirem especial relevância no contexto de estudos longitudinais, nos quais a perda de dados no seguimento, se é de quantia elevada (habitualmente foi fixa em 20%) podem invalidar as conclusões do estudo. Na investigação em CP em particular, este

item adquire crucial transcendência, dado que a presença de deterioro cognitivo, debilidade extrema o falecimento estão acostumados a ser responsáveis de uma significativa perda de dados. A fim de subsanar isto, estamos acostumados a recorrer a distintas formas de análises estatísticas dos dados perdidos (*misseng data*), sabendo de antemão que o melhor ou a mais complexa análises de dados perdidos nunca será tão bem como a presença real de um só dado.

Uma vez definida a população alvo a qual inferiremos os dados através de cálculos estatísticos tais como os intervalos de confiança, deveríamos identificar o segmento da população à qual poderemos na prática concordar.

POPULAÇÃO ACESSÍVEL: É o subgrupo da população alvo à qual o investigador é capaz de concordar. Por tanto, para definir esta população devemos sumar aos critérios de inclusão referidos não apartado anterior, os de localização geográfica e temporal. Por exemplo, "pacientes com câncer assistidos no Hospital XX durante o período YY". Devemos ter em conta que a população acessível pode não representar fielmente à População Branca na qual havíamos inicialmente pensado. P.e., se o Hospital XX é um centro de derivações de pacientes com câncer e sintômas complexos, a prevalência de dor nessa população não será mais representativa do que ocorre no conjunto geral de pacientes com câncer, que são assistidos em hospitais de variável nível de complexidade. Desta maneira a inferencia de nossos resultados não poderá realizar-se já a todos os pacientes com neoplasias mas só aqueles com câncer e sintômas complexos.

Por último, definimos à **AMOSTRA** como qualquer subgrupo da população. Agora, para poder inferir dados segundo desejamos, dita AMOSTRA deverá ser REPRESENTATIVA.

Uma amostra representativa é probabilística. Na prática isto se obtem elegendo os representantes da amostra de forma aleatória, sem que o investigador participe de forma direta na seleção da mesma e cumprindo o princípio de igual possibilidade (*equipoise*), ou seja que todos os membros da população acessível tenham as mesmas possibilidades de ser incluídos no estudo, e naqueles a incluir, que todos tenham as mesmas possibilidades de integrar, por exemplo em uma prova controlada, em qualquer um dos ramos do tratamento (o senhor A tem tantas possibilidades de ser incluído no estudo como o senhor B; se o azar determinar que finalmente seja incluído A em tanto B será excluído, o senhor A terá iguais possibilidades de receber tanto o tratamento X como o tratamento Y).

Existem múltiplos motivos pelos quais resulta em um melhor estudo das amostras de populações. As amostras podem ser estudadas com maior rapidez e em forma menos custosa; selecionar uma amostra fazer com que o estudo seja *possível* e por sua vez, esta amostra pode ser selecionada de tal forma à reduzir a heterogeneidade da população.

Se dúvida, havendo chegado até aquí podemos empegar o cuidado à realizar um estudo de investigação não resulta em algo tão complexo se temos em conta alguns principios básicos.

Até a próxima Coluna!

Artigo Regional.

O Tango, um encontro... um abraço sem tempo

Lic. Ignacio Lavalle Cobo.

Múseco terapeuta Maria Luz Catiñeiras.

Colaboradores: Marisa Carrattini e Prof. Guillermo Lugin.

Fundação Tango Argentino

E-mail: ignaciolavalle2000@yahoo.com.ar

A feitoria de Tango foi incluída dentro da Unidade de Cuidado Paliativo do Hospital Tornú-Fundação FEMEBA, da cidade de Buenos Aires. A duração é de uma hora e meia; uma vez por semana, já a 9 meses.

O encontro entre a Fundação Tango Argentino e CP foi produzido através do desejo de Silvia, uma paciente da unidade que pediu espontâneamente, sem ter conhecimentos prévios da matéria, dançar o tango. A resposta da Fundação Tango foi instantânea, assem como a

disposição dos profissionais da unidade para criar o espaço. Desta maneira começou, já há quase um ano, este projeto que não parou.

A modalidade de feitoria permite criar um espaço onde “o fazer” toma um lugar central para o movimento da afetividade, da criatividade através da improvisação e do corpo. Se bem que os participantes deste encontro podem trazer histórias e recordações carregadas de dor e sofrimento, o propósito está em redirecionar essa energia através da dança, a música, o vínculo, com a delicadeza de gerar um clima empolgante, continente e otimista.

A medida que vão se sucedendo os encontros, são organizadas distintas propostas pensadas com relação ao grupo pela equipe de profissionais. Dentro destas propostas foram incluídos o sonoro, o movimento e o simbólico.

Que oferece o tango à população de CP?

Distensão. Distração. Vínculo. Possibilidade de prolongar o confronto. Abertura social. Encontro com o corpo. Encontro com a cultura-raiz. Encontro da população total: pacientes, acompanhantes e profissionais. Plus de energia.

Em princípio, se observa que o espaço abre uma nova possibilidade para a distração e distensão do clima da unidade de CP. Porém a idéia não é só “distender” aos pacientes, acompanhantes e familiares, mas também integrar a todas as pessoas que trabalham na instituição (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, etc.) com um só fim: encontrar-se em um abraço. O propósito de incluir o tango implica a riqueza e o resgate do humano.

No tango se percebe, sobre todo desde a perspectiva que nos brinda a dança, uma forma de comunicação diferente, um movimento que cala no mais profundo da essência e organização humana, canalizando a energia e estimulando o impulso vital. A particularidade que brinda esta arte, provê, por suas características de aproximação e proximidade, uma abertura ao vincular, cuidado de um com o outro, desde uma poseção de respeito e refinamento. O abraço perpetua, não só desde o físico, mas desde o simbólico e afetivo, um diálogo que começa a solidificar-se a medida que passa o tempo.

Por outra parte, o tango fomenta a abertura ao processamento do confronto, em suas letras profundas e emotivas, apela ao participante a comprometer-se com o outro e com sua própria interioridade. Porém nem todas as letras de tango falam de dor e sofrimento mas também aparece o jogo (nas milongas), e o amor (nas valsas e nos tangos). desta maneira notamos que o tango em seu aspecto global, nos remete ao simbólico (de símbolo: *sym-ballein*) que é aquilo que unifica, congrega, integra. Por sua vez, da a conhecer os opostos; o manifesto e o oculto, é dizer, por sua força integradora entre o corpo e a mente, ou um e o outro, eu e ele, nos conduz há uma aproximação do aspecto social e espiritual. A possibilidade que brinda o contato pleno com a outra pessoa, espontaneamente, apela, também, ao reconhecimento da imagem corporal. É a partir daí onde se podem ir trabalhando questões que tenham à ver com o corpo, desde seu domínio motor, até a recuperação e o manejo da sensualidade.

O espaço não é exclusivo, mas promove a assistência de pessoas que não podem dançar, levantar-se nem caminhar; brinda um contexto de jogo atravessado pelo sonoro, possibilita sua participação, e por sua vez, sua mobilização psíquica. A naturaliza intrínseca da música nos remete como fenômeno humano ao reencontro das emoções, à recuperação do interior.

O tango se promove como fiel referente destes estados, desde a profundidade de suas letras até o estilo de suas composições, concedendo identidade ao grupo. Por outro lado a expressividade de suas letras e sua música permite atingir o inexpressável do estado de sofrimento e de perda, o qual abre um caminho para a elaboração do confronto. As propostas desde a música e a dança apontam à ir trabalhando os diferentes estados que foram gerados com relação à doença, permitindo que os silêncios se carreguem de sentidos, sons e movimentos, quebrando a inércia da discricção. Também é uma forma de transcender a barreira da vida, do tempo e da morte recordando e recuperando momentos, situações, entes queridos, através de uma melodia, uma letra ou um passo de dança.

Nossa intenção é construir paulatinamente um clima festivo e espontâneo, onde se celebre o motivo de estar vivo.

Comentário do Editor.

Quando uma doença de prognóstico letal como o câncer altera o significado da vida de um paciente (sua vida tem um propósito e uma ordem) se inicia o processo de busca do significado da nova situação da doença. Se o processo tem êxito o paciente pode reduzir seu

sofrimento e aumentar a satisfação de viver: se sente realizado apesar da incerteza e descobre um novo compromisso com se mesmo.

A espiritualidade é um fator muito importante neste processo (a esperança é outro) e foi expressa na busca individual de significado através da família, o humanismo, a arte e a religião.

Pode-se fortalecer a espiritualidade (para favorecer a busca de significado) com a religião, a arte, a dança, o exercício, a meditação, a música, o jogo, etc.

Neste artigo se descreve a utilização simultânea de várias destas técnicas.

Para ampliar este comentário: Spirituality, meaning and transcendence. Kenneth A. Bryson. Em: Palliative and supportive care (2004), 2, 321-328.

Artigo Da Literatura Internacional.

Resumo do artigo:

“Guias clínicas práticas para o tratamento do sofrimento psico-social no final da vida”

Tradução e resumo autorizados pelos autores.

Titulo em inglês: Clinical practice guidelines for the management of psychosocial distress at the end of life.

Autores: Murillo M e Holland JC.

Publicado em: Palliative and supportive care (2004), 2, 65-77.

Contato: hollandj@mskcc.org

PRIMERA PARTE

Introdução.

Depois de anos de descuido, a assistência no final da vida recebe atenção e gera preocupação. Quando o corpo é afetado por uma doença progressiva e mortal, a pessoa deve enfrentar não só com os sintomas físicos, mas também com as crises existenciais do fim da vida e a morte próxima.

É esta situação a prioridade maior é proporcionar alívio ótimo dos sintomas e do sofrimento. Sem embargo, a evidência sugere que continuamos distantes deste ideal. Ainda que as pautas para o controle da dor tenham sido extensamente difundidas, sabemos que muitos pacientes continuam sofrendo em seus dias finais de dor e outros sintomas físicos problemáticos. Também, apesar dos avanços na identificação e o tratamento de distúrbios psiquiátricos, continuamos sub-diagnosticando os sintomas debilitantes da depressão, ansiedade, e delírio na fase final da vida. E, mais ainda destes sintomas físicos e psicológicos, também estamos distantes de nossa meta de aliviar o sofrimento espiritual, psico-social, e existencial do paciente e a família.

Apesar do mandato ético de "aliviar sempre".

As guias práticas clínicas tem provado em muitos anos ser sumamente efetivas na assistência clínica, especialmente no câncer. Tem servido para estabelecer um ponto de referência na assistência de calidad da practica medica basada em evidencia.

Y hay razones para creer que as guias devem ser igualmente efectivas em mejorar a assistência não final da vida.

Sin embargo, a aplicación das guias práticas plantea aspectos especiales quando foi aplican à assistência não final da vida. O cuidado de confort foi pode brindar é afectado por uma gama de factores culturais; a etnia e as costumbres dos pacientes e sus familias, as normas e expectativas da comunidade, os sistemas de creencia religiosos e filosóficos, as actitudes personales dos médicos e as creencias acerca da morte. O desenvolvimento e a evaluación das guias clínicas práticas para o cuidado não final da vida devem ter em conta estos aspectos e combinarlos com as pautas médicas e psicológicas não modelo integrado que os médicos encontram aceptable utilizar.

Guias clínicas de assistência não final da vida.

O Comité Expertos em Câncer e Cuidado Paliativo (1996, 1998) da Organización Mundial da saúde definiu a assistência não final da vida como o cuidado activo e total de pacientes cuja doença não é senseble ao tratamento curativo, que procura alcançar a calidad máxima a vida mediante o control do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do paciente e a família. A amplitude de esos aspectos, componentes maiores da calidad da vida, hace formidable a tarefa de desenvolver guias clínicas práticas, pero ao mesmo tempo, mais crucial.

Um panel multidisciplinario sobre guias de Cuidado Paliativo, presedido por Michael Levy, M.D., foi organizado por National Comprehensive Cancer Network (NCCN) e desenvolvimento as primeras guias clínicas práticas de assistência não final da vida. Actualmente estão disponíveis diferentes guias clínicas práticas para a assistência não final da vida, comunicação médico-paciente, e sofrimento seco-social.

Comunicação com o paciente e a família.

A comunicação é entre o médico, o paciente, e a família é o elemento central para garantir a calidad da assistência não final da vida. A identificação e tratamento dos sintomas físicos e psicológicos depende desta interacción.

Muitos médicos encontram a comunicação acerca do final da vida especialmente difícil a causa de perguntas relacionadas ao prognóstico e a morte.

A família tem também um grande desafio ao expresar sus sentimientos e para fazer perguntas acerca do prognóstico. Em um estudo cooperativo, os médicos dijeron que tenían mais problema de comunicação com as famílias que com os pacientes. Os pacientes não estudo notaron que sus parientes a menudo sentían "dejados afuera" e "não camino." Estas observaciones são especialmente perturbadoras porque a vigilia da morte é um tempo de sofrimento terrible para os miembros da família.

Um panel do NCCN tem desenvolvendo unas guias basadas em algoritmos para dar malas noticias e estão sendo revisadas para a aplicación na assistência não final da vida.

As guias de comunicação devem ser dirigidas a averiguar o que o paciente entende e quanta informação realmente deseja, e ser empático com emoções expresadas pelo paciente, permitir tempo para as lágrimas e expressão de emoções sem pressa, ter em conta a família e suas raízes étnicas, culturais e religiosas, especialmente os que sofrem as barreiras do idioma.

Tratamento do sofrimento.

A aproximação da morte gera re-consideração da morte e da vida após a morte; pode ser também um tempo para identificar os valores, as crenças e os recursos pessoais. As preocupações psicológicas, sociais, e existenciais/religiosas/espirituais se entrelaçam completamente. Debido ao pronunciado e complexo sofrimento que experimentam muitos pacientes no final da vida, os profissionais de saúde mental, os assistentes sociais e os conselheiros pastorais devem estar disponíveis. Sem dificuldade, a causa de continuas atitudes negativas em direção aos problemas psicológicos, o pessoal médico é muitas vezes obstinado a pedir uma consulta psiquiátrica ou de sanidade mental, ainda quando é apropriado, porque temem que o paciente ou a família podassam se ofender. Verdaderamente, as vezes a família o ve como um insulto ao paciente que tem uma doença grave.

Um problema descuidado no cuidado paliativo é o sub-reconhecimento, sub-diagnóstico e sub-tratamento de pacientes com sofrimento significativo, que pode ir da angústia existencial à ansiedade e a depressão. Ainda que os pacientes e famílias expressem seus desejos de receber assistência para suas preocupações não-médicas e que a inclusão deste tema é um elemento central em cuidado paliativo, existe evidencia significativa que a atenção dada a estes temas é inadequada apesar das boas intenções.

Desenvolvimento de normas para o tratamento do sofrimento.

Clínicamente, o sofrimento pode aumentar em continuidade destes sentimentos normais comuns de vulnerabilidade, tristeza e temor a problemas que incapacitam, como depressão maior, ansiedade generalizada, pânico e sentimento de isolamento ou crises espirituais.

O nível de sofrimento deve ser valorizado em cada visita domiciliar, consultório ou internação. As guias práticas da NCCN dão um algoritmo (figura 1) para a identificação rápida de pacientes com sofrimento significativo e proveem o disparador para a derivação aos serviços de apoio.

Se utiliza um método analógico, visual e rápido, com uma pergunta verbal: "Como é seu sofrimento hoje em uma escala de 0-10?" ou fazendo uma marca no "Termômetro de sofrimento" (figura 2). O "Termômetro de sofrimento" é semelhante à escala do dor de severidade 0-10, e permite a um paciente marcar a intensidade de seu sofrimento. Um valor de 5 ou mais é a indicação para derivar a um serviço de apoio. O "Termômetro" está acompanhado de uma lista de problemas (figura 2) onde o paciente marca a natureza e o origem do sofrimento (físico, social, psicológico, ou espiritual) e assim se identifica a disciplina de apoio a qual se realizará a derivação (p.e. saúde mental, assistência social, conselho pastoral).

Os pacientes tem aceitado este método e os médicos tem encontrado que serve como check-list para gerar perguntas.

Os médicos e os enfermeiros devem ser treinados para utilizar métodos de avaliação rápidos para garantir que os pacientes sejam interrogados em cada visita, em todas as etapas da doença, acerca da intensidade de seu sofrimento. O pessoal sanitário deve ser capaz de utilizar o algoritmo para derivar os pacientes aos serviços psico-sociais comunitários.

Guias práticas clínicas para desordens psiquiátricas comuns.

Há vários sintomas / desordens psiquiátricas comuns (classificação DSM-IV) que se encontra durante a assistência no final de vida. Os profissionais de saúde mental com experiência em problemas de final de vida podem diminuir substancialmente o sofrimento dos pacientes, que está normalmente relacionado com a ansiedade, a depressão (desordem do humor) e o delírio. As guias da Associação Psiquiátrica Americana (APA) são úteis para modificar a assistência de final de vida; também o são as guias do NCCN para o tratamento destas desordens especificamente em doentes de câncer.

Delírio.

O delírio é uma desordem psiquiátrica comum no final da vida que afeta segundo um estudo, 85% dos pacientes em seus dias finais (Massee & Holland, 1983). A etiologia do delírio no doente de câncer avançado é frequentemente multifatorial devido a efeitos indesejáveis destes medicamentos, infecção, falha orgânica, trastornos metabólicos, e compromisso do CNS.

Na fase final da vida, é improvável que se possa determinar a causa do delírio, e a atenção deve ser dirigida ao conforto.

O tratamento apropriado do delírio inclui a segurança nos passos para garantir identificação precoce do paciente e das causas (se é possível), as intervenções e a educação de paciente e família para diminuir o sofrimento associado com este sintoma perturbador.

A SEGUNDA PARTE deste artigo será publicada na Circular nº 27

Celebrações del Dia Mundial do Cuidado Paliativo.

VENEZUELA.

A Dra. Patricia Bonilla informa que se trabalhou arduamente na celebração do dia Mundial dos Cuidados Paliativos com entrevistas em rádio, televisão e periódicos de maior circulação, informações por Internet e um concerto de jazz em um evento de promoção dos CP. Comunica também seu otimismo com o resultado da celebração pelas numerosas chamadas de apoio que receberam.

Atividade Docente. Atividade Regional. Sitio de Psico-Oncologia.

COLOMBIA.

A ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS CONTRA O CâNCER "PROSEGUIR", de Bogotá, foi criada em Fevereiro de 2001 e atualmente ajuda a um percentual significativo de pacientes que não contam com apoio médico, familiar ou económico.

Seus serviços incluído:

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS (HOSPITAL). Tem 18 camas, esta situada na área de TEUSAQUILLO, Avenida 32 No. 15-31, Bogotá.

UNIDADE MÉDICA DE APOIO DOMICILIÁRIO.

CLUB. Para todas as atividades relacionadas com recreação, espiritualidade e cultura. Se realizam feitorias, grupos de apoio, grupos de oração, cursos manuais, cursos de culinária, convivências, retiros espirituais e saídas.

Contatos.

JOHN JAIRO HERNÁNDEZ CASTRO jhernandezc@ixp.net

GINNA GARCIA PARRA pros@proseguir.com

JORGE DUQUE pros@proseguir.com

Portal www.proseguir.com

Dor e Cuidados Paliativos.

Livro destinado a brindar aos estudantes os elementos necessários para compreender o significado da dor e os sintômas que acompanham aos doentes graves e terminais.

Editado por Adriana Margarita Cadavid P.; Jorge René Estupiñán G.; John Jairo Vargas G

Informações sobre o livro em <http://www.cib.org.co/index.php?pgid=1958-9400-87@703>

Segundo Foro Internacional de Medicina da Dor.

Patrocinado pela Sociedade Mexicana para o Estudo da Dor, FEDELAT e o World Institute of Pain (WIP)

Mayo 25 - 28, 2006. Hotel Presedente Intercontinental, Guadalajara, México

Informações: ifpm2@kenes.com, www.kenes.com/ifpm

Currículo Internacional Multilingüe em Psicossocio-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