



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Mariana Branco de Oliveira

**A abordagem de pacientes com dores crônicas e cuidados
paliativos na Estratégia de Saúde da Família**

Rio de Janeiro

2015

Mariana Branco de Oliveira

**A abordagem de pacientes com dores crônicas e cuidados paliativos na
Estratégia da Saúde da Família**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em Saúde
da Família, à Universidade Aberta do SUS.

Orientadoras: Márcia Silveira Ney

Marcele Paiva

Rio de Janeiro

2015

Agradecimentos aos meus pais Wagner e Fernanda por todo suporte e apoio, ao meu namorado, André Luiz por todo auxílio e companheirismo, e a minha enfermeira e amiga, Adriana por me dar suporte quando achei que não conseguiria.

RESUMO

Atualmente tem sido percebido um aumento de expectativa de vida da população aliado a um aumento da prevalência de doenças sem perspectiva curativa.⁽¹⁾⁽²⁾⁽²⁰⁾ Nesse contexto, abre-se espaço para o surgimento de uma medicina que se faz urgente, a medicina paliativa, bem como o tratamento de dores crônicas que podem comprometer a qualidade de vida do ser humano.

Muitos são os casos observados que tem como destino o seguimento e acompanhamento final pelas clínicas de saúde da família (CSF) de doentes sem proposta curativa de suas doenças de base. Nesse sentido, pude perceber em minha realidade a falta de preparo de muitos colegas e muitas vezes de receio em como lidar com pacientes em cuidado de fim de vida, ou com medidas paliativas ou ainda com dores crônicas que não terão resolução definitiva, mas sim necessidade de acompanhamento e manutenção contínuos.

Dessa forma, esse projeto tem como objetivo buscar a conscientização da necessidade de capacitação dos profissionais da atenção básica para o cuidado desse tipo de paciente na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O estudo tem como foco mostrar aos leitores as necessidades desse perfil de paciente. A metodologia utilizada foi baseada na busca bibliográfica, realização de grupos e reflexão da equipe, associada a observação no atendimento de pacientes com doenças crônicas na ESF, e o impacto dessa intervenção na qualidade de vida desses pacientes e de seus familiares.

Palavras-chave: Saúde da família; Cuidado paliativo; Dor; Dor crônica.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	3
1.1 Situação Problema	4
1.2 Justificativa.....	5
1.3 Objetivos	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	8
3. METODOLOGIA	13
3.1 Desenho da operação	13
3.2 Público-alvo.....	15
3.3 Parcerias estabelecidas	16
3.4 Recursos necessários	16
3.5 Orçamento.....	17
3.6 Cronograma de execução	18
3.7 Resultados	18
3.8 Avaliação	21
4. CONCLUSÃO	22
5. REFERÊNCIAS	23
Anexo I	25

1. INTRODUÇÃO

Tem se observado com muita frequência a escassez de conhecimento sobre tratamento e manejo de pacientes com dores crônicas, em cuidados paliativos e cuidados de fim de vida nas Unidades de Saúde da Família (USF) por parte dos profissionais que atuam na atenção básica.⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾

A expectativa de vida vem aumentando no cenário mundial e especificamente no Brasil, há uma projeção de que nos próximos 20 anos a população de idosos poderá ultrapassar 30 milhões de pessoas, o que representará cerca de 13% da população. No mundo tem-se a estimativa que em 2050 a parcela de idosos representará um quinto da população mundial, chegando a 1,9 bilhões de pessoas.⁽¹⁾ Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) 14 milhões de pessoas tiveram o diagnóstico de câncer em 2014, 1,3 milhões de pessoas a mais em comparação a 2008, em que esse número era de 12,7 milhões.⁽²⁾ Devido aos avanços no tratamento de doenças antes com alta mortalidade, associado ao aumento da expectativa de vida e mudança no estilo de vida em países em desenvolvimento, houve um aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas no mundo.⁽²⁰⁾

Assim como o câncer em estágios avançados, outras doenças crônico-degenerativas que tem seu aumento vinculado ao aumento da expectativa de vida, tem em certos casos impossibilidade de tratamentos curativos mas podem ter sua evolução e efeitos adversos controlados. Fato que possibilita uma vida digna e com qualidade, em que muitas vezes os óbitos se dão por outras causas que não a doença de base acompanhada.⁽¹⁸⁾

Não só nas doenças oncológicas deve-se manter o foco, mas em pacientes com doenças crônicas e sem perspectiva de cura que podem ter uma convivência harmoniosa, e por que não em equilíbrio, compensada, que são muito mais comuns e frequentes em nosso convívio, como DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), demência senil progressiva, Alzheimer, Parkinson avançado e que há muito mais a ser oferecido.⁽¹⁸⁾

Ainda nesse ótica, os pacientes com dores crônicas são muito mais prevalentes do que se pode imaginar. Dores pós cirúrgicas, dores neuropáticas por compressões, estenoses com comprometimento de SNC, dentre outras

várias sem possibilidade de desfecho curativo, devem ser abordadas com sua devida importância e tratamento corretos. O que leva o paciente antes com humor deprimido, com incapacidades e limitações, a retomarem suas atividades com autonomia e se reinserirem na sociedade.⁽⁹⁾

Por meio da observação da demanda desse público na atenção primária e a falta de preparo técnico e psicológico dos profissionais das UBS no manejo desses pacientes, mostrou-se a relevância de abordagem desse tema.⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾

1.1 Situação-problema

O paciente com diagnóstico de uma dor crônica de forte intensidade, que pode chegar a ser limitante e incapacitante, bem como os cuidados de melhora na qualidade de vida em pacientes com necessidade de cuidados paliativos e/ou de fim de vida tem sido um desafio encontrado pelo médico de família.

Apesar de existir conhecimento médico-científico nessas áreas, se observa que não há uma difusão do tema entre os profissionais atuantes, o que dificulta o acesso a noções sobre o manejo de pacientes com esse perfil. Dessa forma, não apenas na estratégia de saúde da família mas também no sistema de saúde como um todo vivenciamos essa problemática. Contudo, tem se mostrado de extrema importância ampliar os conhecimentos do médico de família nessa área, visto que os pacientes com esse diagnóstico e que tem seu acompanhamento interrompido pelos serviços terciários e secundários, são referenciados de volta ao posto de saúde para seguir com o seu tratamento.⁽²¹⁾

Esses pacientes precisam ser vistos por um ótica integral. Não apenas como indivíduos portadores de determinada patologia sem cura, mas que possuem sintomas associados que precisam e podem ser aliviados. Estes podem ter suas dores controladas, retomar autonomia em suas vidas para atividades de cuidados pessoais diários, que refletem diretamente na qualidade de vida. A esfera psicológica necessita ser avaliada, pois a depressão tem uma prevalência alta nesse grupo e um dos mecanismos de aumento da dificuldade no controle da dor se dá pelo fenômeno de amplificação, que pode ser reduzido ao se tratar a depressão associada. Dessa forma deve ser avaliada a

existência de depressão e ansiedade muito presentes nesse grupo e seus respectivos tratamentos, já que estes impactam diretamente nos efeitos esperados com a conduta proposta. Assim, o aspecto emocional é de extrema importância nesse grupo de pacientes pois está associado diretamente ao sucesso da terapêutica estabelecida, ressaltando-se a grande importância da escuta ativa nesse contexto.⁽¹⁸⁾

A avaliação da melhora desses pacientes se dá de forma diferenciada. Outros parâmetros e sinais devem ser observados, como: qualidade do sono, realização de atividades diárias, cuidados pessoais de higiene e apresentação, limitação de atividades profissionais e de sua rotina familiar além do humor.

Assim intensifica-se a necessidade urgente de ampliação dos conhecimentos de cuidados desse grupo de pacientes que tem crescido em número para acompanhamento nas CSF. Visto que a partir desse tratamento feito de forma apropriada obtém-se um ganho na qualidade de vida desses pacientes e de seus familiares que pode determinar uma vida mais digna, de maior autonomia e menos sofrimento.

1.2 Justificativa

O trabalho tem objetivo de sensibilizar um maior público sobre a importância do conhecimento e manejo de um paciente com necessidades de tratamento de dores crônicas, cuidados paliativos e cuidados de fim de vida. Nesse contexto buscamos ampliar os conhecimentos no campo da qualidade de vida, como essa deve ser avaliada e quais parâmetros precisam ser avaliados e controlados num paciente com esse perfil que não a cura ou fim de determinada patologia.

É necessário que busquemos combater alguns déficits do profissional de saúde que são instalados em sua formação, em que nas instituições de ensino, uma medicina baseada no modelo saúde-doença em que o objetivo principal é a cura, está fadada a falência num contexto mundial em que a prevalência e incidência de doenças crônico-degenerativas tem se mostrado emergente. A abordagem psicológica desse profissional deve ser observada, pois sua

formação foi pautada no encorajamento de vencer lutas contra doenças, tornando o cenário de um paciente sem proposta curativa frustrante e distante do profissional que o atende, muitas vezes por provocar nesse agente sentimentos que lhe geram medo e aflições pelo desconhecido e falsa sensação de fracasso.⁽¹⁹⁾

O presente estudo tem como justificativa, o ganho na qualidade de vida dessa parcela da população que tem crescido a cada dia e da falta de profissionais preparados para o seu atendimento.⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾ Fato que ganha grande importância no âmbito da atenção primária a saúde, que promove o atendimento integral, direciona e centraliza o cuidado do paciente. Tendo em vista que muitas vezes pelo abarrotamento dos serviços terciários, pacientes quando obtém o diagnóstico de uma doença sem proposta curativa são referidos de volta para seu serviço de origem, retornando ao posto de saúde para esses cuidados e acompanhamentos de manutenção. Assim após um ano por meio da observação e vivência como médica de família do programa do PROVAB, nos atendimentos prestados na Unidade de Saúde de Canaã em Arraial do Cabo, Rio de Janeiro, busca-se trazer à luz os conhecimentos referentes aos cuidados paliativos e dores crônicas, que impactam diretamente no ganho de qualidade de vida do indivíduo e suas consequências na esfera familiar, justificando -se dessa forma a motivação desse projeto de intervenção.

1.3 Objetivos

- Objetivo geral:

O projeto tem como objetivo mostrar a necessidade de ampliação de conhecimento no tratamento da dor e cuidados paliativos pelo médico de saúde da família e o impacto na qualidade de vida desse grupo de pacientes e de seus familiares quando essas medidas são adotadas.

- Objetivo específico:

- Capacitação da equipe para o cuidado e assistência dos pacientes com dores crônicas e em necessidades de cuidado paliativo;
- Abordagem multidisciplinar, com uma reflexão da equipe sobre o paciente (médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta);
- Realização de grupos com pacientes, familiares e cuidadores auxiliando no enfrentamento e aceitação da problemática vivenciada;
- Identificação e reflexão das principais dificuldades experimentadas pela equipe no lidar desse grupo de pacientes.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Saúde pode ser definida como "Equilíbrio dinâmico entre a dimensão orgânica, a dimensão psíquica e mental, a dimensão ecológico-social e a dimensão ética do indivíduo" (Segre e Ferraz).⁽³⁾

A palavra *paleo* tem por definição: manto, que é uma dobra da epiderme (camada mais externa) que pode ser encontrada em moluscos. Em um sentido mais amplo, pode ser compreendida como manto, a capa que vem por fora, que protege. E é nesse significado de proteção, de acalento que vamos nos ater. Assim, os cuidados paliativos devem ser compreendidos como uma abordagem ou tratamento que melhora qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida, como definido pela OMS em 2002.⁽⁴⁾ Para ser alcançado esse objetivo deve haver não apenas o tratamento da dor, mas sim de todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual.⁽¹⁸⁾

"A dimensão física é abordada mediante monitoramento e manejo dos sintomas físicos. A dimensão psíquica é abordada pelo acompanhamento empático do sofrimento do paciente, observando os estágios diante da morte em que ele se apresenta e a presença de sintomas de sofrimento, ansiedade e/ou depressão. A dimensão social implica envolver a família e demais pessoas próximas no cuidado e atentar para os impactos da doença nessas pessoas, seja quanto aos aspectos emocionais, laborais ou legais-previdenciários. A dimensão espiritual envolve abordar e respeitar as necessidades e dúvidas espirituais que o paciente apresenta."
(Duncan, 2014)⁽¹⁸⁾

Segundo alguns autores, dor pode ser definida como "Experiência sensorial e emocional desagradável associada com lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão" (IASP - Associação Internacional para o estudo da dor) e "Experiência subjetiva, aversiva, a um estímulo nocivo, externo ou interno, relacionada a uma lesão tecidual real ou potencial, e caracterizada por respostas voluntárias, reflexas e psicológicas" (Merskey).⁽⁵⁾

Demonstra-se assim, o aspecto subjetivo da dor, sendo esta uma forma de expressão de sofrimento.

O tratamento da dor segundo John Bonica, médico anestesista americano, que contribuiu muito para os avanços no tratamento da dor, afirma

que esta deve ser feita sob uma ótica multidisciplinar, em que se aborda as esferas psicológica, fisiológica e comportamental de maneira integrada.^{(6) (18)}

Foi demonstrado ainda por meio de pesquisas os mecanismos da dor crônica e os fatores associados que podem contribuir para sua modulação. Nesse contexto é necessário ressaltar o fenômeno de amplificação psicogênica e o papel da depressão e ansiedade que através de alterações nos níveis de noradrenalina e serotonina atuam nas vias inibitórias e facilitatórias da dor, podendo regular a maior ou menor intensidade da dor percebida. Nesse sentido foi também observado a proximidade da fisiopatologia entre a dor e a depressão, em que ambos da mesma forma ocorre a redução de serotonina e noradrenalina, não se podendo estabelecer uma relação causal, podendo a dor crônica desencadear a depressão e o inverso ser verdadeiro, constituindo-se um ciclo vicioso, dor-depressão-dor.⁽⁷⁾

Fisiopatologia da dor: os estímulos agressivos são transformados em potenciais de ação que passam das fibras periféricas para o SNC, onde no córtex cerebral são interpretados como dor. A dor persistente e não tratada adequadamente promove uma sensibilização periférica e central, havendo uma resposta em maior escala a um estímulo de mesma proporção. No ambiente tissular são liberadas substâncias químicas, chamadas algio gênicas que sensibilizam os nociceptores de dor. Assim, a agressão tecidual cria um ambiente inflamatório que com a permanência do estímulo doloroso é perpetuado, havendo a sensibilização periférica dos nociceptores com exacerbação de resposta ao estímulo doloroso. No processo inflamatório persistente há um aumento de neuromediadores excitatórios e uma maior expressão de receptores (canais de Na⁺) facilitando a hiperexcitabilidade neural e dificultando a resposta ao tratamento. Também pode haver aumento de mecanorreceptores de baixo limiar que interpretam estímulos periféricos inócuos como agressivos, como na neuralgia pós herpética. Outro mecanismo seria o brotamento de axônio noradrenérgico simpático no gânglio da raiz dorsal que sugere a hipótese da ativação das fibras aferentes sensitivas após estímulo simpático. Outra hipótese seria a desproporção entre as vias excitatórias e de supressão da dor. Ocorre também sensibilização central em que por meio de estímulos de dor persistentes há também a promoção da modulação da resposta de dor no sistema nervoso central, havendo dor

espontânea, redução do limiar de sensibilidade e hiperalgesia. O "caminho da dor": os estímulos dolorosos periféricos ascendem pelas fibras nociceptivas e cruzam a linha média no nível do corno dorsal da medula espinhal e ascendem pelos tratos espinotalâmicos, espinoreticular, espinomesencefálico, coluna dorsal pós sináptica e sistema espinopontoamigdaliano. Algumas dessas fibras chegam ao núcleo talâmico ventroposteromedial (VPM) e depois seguem para o córtex cerebral somestésico (S1 e S2), córtex insular e cingular anterior. Outros neurônios se encaminham para o hipotálamo, formação reticular, substância cinzenta periaquedutal, núcleo medial e intratalâmico, e estruturas encefálicas anteriores, sendo estas responsáveis pelas respostas neuroendócrinas e emocionais a dor. As fibras adrenérgicas potencializam a recepção dos estímulos dolorosos, através da redução do limiar "para disparos" da fibra nociceptiva. Dessa forma a lesão do tecido e do neurônio resulta em sensibilização de nociceptores e facilitação da condução nervosa periférica e central.⁽⁸⁾

Abordando a esfera psicológica, é necessário ainda que seja feita uma avaliação psicossocial da compreensão do fenômeno de dor e expectativas de tratamento pelo paciente; se há uso concomitante de drogas e álcool (podem usar os comportamentos de dor para legitimar o uso de drogas); as mudanças nas atividades diárias (bem como os impactos na auto-estima e autonomia do indivíduo decorrentes desse fato); análise do comportamento de dor (com os reforços positivos e negativos); análise do reforço social (validação do comportamento de dor pela sociedade que o indivíduo está inserido); inatividade (redução das atividades agradáveis e aumento do tempo gasto com a preocupação e pensamento sobre a dor); avaliação vocacional (sobre qual nova atividade poderá ser desempenhada com as novas limitações estabelecidas pela doença); e história familiar (como a dor é vista dentro do cenário familiar).

O serviço de psicologia e psiquiatria entra nesse contexto no tocante ao acompanhamento em conjunto e seguimento de ansiedade, depressão e outras doenças de saúde mental que podem acometer o paciente em tratamento.⁽¹⁸⁾

E o serviço de fisioterapia vem somar recursos quando abordamos as necessidades de mobilização e movimentação do indivíduo. Assim essa

especialidade tem importância na promoção da melhora de flexibilidade, força, resistência, condicionamento e restauração de função.

Dessa forma, demonstra-se a necessidade do tratamento multidisciplinar, bem como da interação e boa relação entre a equipe, objetivando sempre a melhor conduta e ganhos para o paciente.⁽¹⁸⁾

"Para suprir as necessidades de pacientes com doenças avançadas e de suas famílias, é importante o trabalho em equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar, propiciando uma visão mais completa do paciente, de sua família e da realidade social em que vivem. Podem ser utilizadas ferramentas e dinâmicas da atenção primária à saúde (APS) para o cuidado dos pacientes e seus familiares, como genograma, abordagem do ciclo vital, entrevista familiar, grupos de cuidadores e discussão de caso na equipe multidisciplinar, com elaboração conjunta da lista de problemas e do plano de manejo."
(Duncan, 2014)⁽¹⁸⁾

A relevância da abordagem desse tema na atualidade pode ser justificada pelos impactos individuais e na sociedade resultantes da falta de tratamento apropriado da dor que pode ser observado nos seguintes aspectos: imobilidade e desuso do sistema músculo esquelético; depressão imunológica e suscetibilidade a mais doenças; alteração do sono, do apetite e do estado nutricional; uso de vários medicamentos (polifarmácia); procura por vários médicos e especialidades (doctor shop); maior dependência de familiares e cuidadores; uso frequente e inapropriado do sistema de saúde (com maiores gastos); baixo desempenho ou incapacidade para as atividades diárias; isolamento dentro do núcleo familiar e na sociedade; ansiedade, medo, mau humor, frustração, depressão e suicídio.⁽⁹⁾

Na atenção básica preconiza-se ainda o modelo de atenção centrado no paciente em que o profissional promove uma relação de cooperação em que ambos os envolvidos encontram uma forma em comum para abordar as preocupações do paciente, decisões a serem tomadas, suas idéias sobre o que ocorre e o que deve ser feito, levando em conta expectativas e experiência pessoal e cultural de enfermidade, inclusive as de sua comunidade. (Lewin SS, 2001; Tizon J., 1989 apud Borrell, 2004).⁽¹⁰⁾

Remetendo-se aos conceitos estabelecidos pela SUS de universalidade, integralidade e equidade, deve ser pensado que o paciente tem direito ao acesso livre a saúde, devendo ser visto de forma integral sob os aspectos físicos e psicológicos e ser tratado de maneira diferencial segundo suas necessidades. Nesse sentido, a dor e outros sintomas sem proposta curativa devem se valorizados no manejo de pacientes em cuidados paliativos e dores crônicas nas USF. Sendo ainda, de extrema relevância nos atermos a não intervir em demasiado, considerando-se dois princípios éticos: o da beneficência e o da não maleficência.⁽¹¹⁾

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho da operação

Baseada na revisão de literatura e bibliografia, será pautada a base de conhecimentos teóricos, agregados a reflexão da equipe para a construção dos saberes sobre o tema.

A partir desse ponto serão estruturadas palestras para capacitação com o objetivo de construir o conhecimento e orientar essa mudança de postura proposta no projeto no lidar com um paciente com dores crônicas e/ou em cuidados paliativos. Aliado a troca de experiências e abordagens multidisciplinares montaremos as noções básicas sobre o assunto.⁽¹⁸⁾

Objetiva-se alcançar essa proposta através do projeto de intervenção atual, que tem como base uma planilha de metas e objetivos para ganho em qualidade de vida (anexo 1).

Por meio de reuniões semanais que irão compor um curso para a capacitação da equipe e posterior organização de grupos com pacientes e familiares, buscaremos a realização do projeto. A proposta ainda aborda a necessidade de um olhar integral ao paciente, pautados na escuta ativa durante atendimentos ambulatoriais e visitas domiciliares na estratégia de saúde da família para se fazer o acolhimento do paciente e seu núcleo familiar.

Foi percebida a dificuldade desse grupo de pacientes no processo de aceitação e resiliência diante de patologia muitas vezes inesperada, com grande impacto no direcionamento da sua vida e seus familiares. Dessa forma, através dos conceitos de resiliência e em associação com a equipe de psicólogos e psiquiatras, busca-se o atendimento do doente não só das comorbidades físicas, mas a melhora do humor e saúde no campo psicológico. Foi observada também a extrema importância de um olhar desse indivíduo inserido em sua atmosfera familiar, observando que papel ele ocupa em seu núcleo e como estão ocorrendo as mudanças na dinâmica familiar e de que forma a equipe pode auxiliar nessa mudança de postura para otimizar a aceitação da nova realidade.

As etapas propostas no seguinte projeto de intervenção podem ser divididas em 3 fases:

1) Fase inicial:

- Busca ativa pelo ACS: trazendo para conhecimento da equipe a existência de casos na comunidade dentro desse perfil de pacientes;
- Acolhimento através de atendimento ambulatorial ou visita domiciliar: por um profissional da equipe médico ou enfermeiro;
- Escuta ativa da situação vivenciada: durante os atendimentos realizados dentro e fora da unidade (em vistas domiciliares);
- Encaminhamento para serviço de psiquiatria e/ou psicologia para acompanhamento em conjunto, objetivando melhora do humor por meio do diagnóstico e tratamento de depressão e/ou ansiedade associados;
- Parecer de fisioterapeuta para início de exercícios para alongamento e melhora postural (dor secundária associada a postura compensatória por contraturas musculares), ganho de função por melhora em arco de movimento e flexibilidade.

2) Fase Intermediária:

- Acompanhamento e seguimento do paciente e de seus familiares e cuidadores através dos grupos, consultas ambulatoriais e visitas domiciliares;
- Tratamento dos principais problemas apontados pelos pacientes e seus cuidadores: muitas vezes são estabelecidos diagnósticos pelos profissionais e são desvalorizados outros sintomas que podem ser os de real relevância dentro da ótica do paciente. Assim deve-se perguntar ao paciente o que lhe incomoda e quais são os problemas elegíveis por ele para tratamento pela equipe, pois podem ser visualizados outros fatores durante atendimentos mas que não incomodam o paciente a ponto de necessitarem de tratamento medicamentoso e arcar a respectiva dinâmica associada a este;
- Discussão dos casos com a equipe e demais especialistas envolvidos no projeto terapêutico: com objetivo de um acompanhamento em conjunto

em que não haja divergência nas condutas, priorizando-se como resultado final o bem estar do paciente;

- Realização de exercícios de alongamento e fisioterapia: para manutenção dos ganhos funcionais estabelecidos e redução dos quadros álgicos;
- Terapia com psicólogo/ psiquiatra: objetivando um espaço, momento em que o doente pode falar sobre seus medos, angustias e aflições associados a doença e quebra de pensamentos disfuncionais e distorcidos que podem influenciar na adesão e melhora esperada com o tratamento. Reduzindo-se, dessa forma, o sofrimento e aumentando a aceitação e resiliência diante do quadro.

3) Fase Final:

- Estabelecimento de uma relação médico-paciente construída ao longo do projeto, equipe multidisciplinar-paciente fortalecida: princípio muito importante no cuidado de um paciente crônico com expectativa de seguimento contínuo. Já que a confiança no profissional interfere diretamente na adesão ao tratamento proposto;
- Melhora funcional e de qualidade de vida do paciente e de seus familiares: através da melhora de sintomas limitantes e incapacitantes alcançados através do tratamento adequado, que podem promover a reinserção desse paciente em sua atmosfera familiar e social;
- Manutenção dos ganhos estabelecidos durante o acompanhamento e tratamento de novos sintomas que podem surgir com a evolução da doença.

3.2 Público-alvo

A motivação desse projeto de intervenção se originou em um caso de um paciente com câncer de pulmão sem proposta curativa, associado a dores crônicas relacionadas a doença acompanhado por uma equipe de saúde da família no município de Arraial de Cabo.

A metodologia utilizada foi através da busca bibliográfica, realização de grupos e discussão da equipe, associada a observação no atendimento prestado na atenção básica, o processo de acompanhamento deste paciente no que se refere ao ganho em qualidade de vida, atividades diárias e relacionamento com os demais membros da família.

O universo de pesquisa de intervenção abrange uma família cadastrada na unidade de Canaã, localizado na Praia Grande, na cidade de Arraial do Cabo, de um membro fora de área, que após buscar atendimento em diversos postos de saúde seguiu com o acompanhamento em nosso posto. O objeto de análise foi a busca de atendimento médico, para um paciente com dores incapacitantes e limitantes com várias entradas no serviço de emergência, sem resolução e diagnóstico final de sua patologia, no período de março a junho de 2015.

3.3 Parcerias estabelecidas

- Serviço de psiquiatria;
- Serviço de psicologia;
- Serviço de fisioterapia.

3.4 Recursos Necessários

Para a execução do projeto de intervenção é necessária uma equipe composta por:

- Médico;
- Enfermeiro;
- Agente de saúde;
- Técnico de enfermagem;
- Fisioterapeuta;
- Psicólogo;

- Psiquiatra.

3.5 Orçamento

Serão necessários para a execução das atividades propostas:

- Um consultório médico;
- Sala para reuniões de grupo;
- Recepção para espera e marcação de consultas;
- Materiais para curativo e intervenção com anestésicos locais em pontos gatilhos (contraturas musculares) para alívio sintomático da dor: como agulhas, seringas, gaze, algodão, esparadrapo, álcool 70%, clorexidina degermante e alcoólica, soro, anestésicos locais, corticóides injetáveis;
- Materiais de uso pessoal do profissional, como: caneta, esfigmomanômetro, estetoscópio, agenda, papel A4;
- Material para as atividades em grupo, como: cadeiras, computador, projetor.

Recursos Necessários	Preços
Caneta esferográfica (12 unidades)	R\$ 10,00
Estetoscópio (1 unidade)	R\$ 642,11
Agenda (1 unidade)	R\$ 18,00
Papel A4 (500 folhas)	R\$ 15,50
Computador (1 unidade)	R\$ 1.459,90
Projetor (1 unidade)	R\$ 1.629,00
Cadeiras (10 unidade)	R\$ 990,00
Mesa (1 unidade)	R\$ 265,91

3.6 Cronograma de Execução

ATIVIDADES	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6
Palestras para capacitação da equipe	X	X				
Busca ativa (ACS)			X			
Atendimento médico				X	X	X
Atendimento pelo enfermeiro				X	X	X
Atendimento por fisioterapeuta				X	X	X
Atendimento por psicólogo					X	X
Atendimento por psiquiatra					X	X
Realização de grupos					X	X
Realização de reuniões de equipe	X	X	X	X	X	X
Consulta com familiares e cuidadores				X		X

3.7 Resultados

Foi percebido no paciente que deu origem ao trabalho, uma melhora do humor, do relacionamento com os familiares, retomada de suas atividades diárias, bem como redução de entradas no serviço de emergência, após o tratamento adequado de sua dor.

Assim, a partir da iniciativa implementada com o projeto de intervenção está sendo notória a melhoria e ganho em qualidade de vida dos pacientes inseridos no perfil proposto.

Notou-se redução do número em entradas no serviço de emergência do hospital local, devido a crises de dor mal controlada e outros sintomas como dispnéia, náuseas, prostração, queda do estado geral, dentre outros. Com as medidas de intervenção instituídas, sendo estabelecidas propostas terapêuticas mais adequadas para o caso, com controle correto da dor e de outros sintomas. Foi percebido nas consultas ambulatoriais seguintes maior autonomia dos pacientes em suas atividades de cuidados pessoais diários, melhora do humor com melhora dos sintomas relacionados a depressão e ansiedade, com conseqüente melhora na qualidade de vida. Familiares vinham as consultas referindo os ganhos estabelecidos com as novas condutas adotadas, melhor aceitação da problemática vivida, já que para eles o maior

problema era ver seu familiar em sofrimento e o ponto mais abordado por todos era a melhora de sofrimento do doente e seus familiares envolvidos. Dessa forma, espera-se com esse projeto de intervenção uma redução da busca aos serviços terciários de emergências por sintomas mal controlados na atenção básica e maior ganho de qualidade de vida e autonomia desses pacientes.

Dessa forma, por meio da escuta ativa do doente, inserção de familiares nas medidas de cuidado, através da orientação de quais parâmetros deveriam ser observados por eles nos pacientes, estabeleceu-se uma relação mais fortalecida e unificada entre a equipe e familiares/cuidadores. Como consequência disso, obteve-se a conquista de um plano de cuidados mais eficaz, pois o que era planejado pela equipe de profissionais de saúde era discutido tanto com o doente como com aqueles que lhe assistiam em casa, no ambiente familiar, pois somente era implementado como medida final aquilo que era de concordância de ambas as partes. Logo, a confiança e parceria dessa relação médico-paciente é de suma importância para a continuidade e sucesso das medidas estabelecidas para enfrentamento da doença.

Há que se investir não apenas na melhora dos sintomas físicos, mas na melhora do humor e bem-estar individual. Isto se dá através da valorização das crenças e identificação de valores de cada um. Havendo compreensão de como cada ser humano entende o que está vivenciando, os valores agregados, motivos, causas e consequências associados a doença. É necessário haver desmistificação de falsas crenças que possam interferir na adesão ao tratamento, através da escuta atenciosa as dores do paciente.

"É importante oferecer suporte emocional, com esclarecimento sobre a doença, sua evolução, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e dificuldades psicossociais. Esse tipo de abordagem possibilita conversas sinceras sobre o medo e a ansiedade, aliviando o sofrimento psicológico advindo dessas condições."

(Duncan, 2014)⁽¹⁸⁾

É importante que se valorize e estimule a busca e descoberta de gostos e afazeres, que desloquem o foco da doença e desenvolvam o estímulo no ato de viver, creditem valor a sua existência. É preciso que se estabeleça a valorização do presente, aceitação da limitação sem deixar de dar valor ao que

se possui e ao que se pode fazer com o que se tem, através da valorização de suas capacidades, encontrando o que podem fazer nessa nova realidade em que se encontram. Cada paciente tem seu tempo.

Nesse sentido, deve ser ressaltado que a melhora no humor do paciente, relacionada ao tratamento de ansiedade e depressão na maioria das vezes associados, é fato determinante no sucesso da conduta adotada. Sem abordagem e intervenção nesses fatores, torna-se quase que impossível haver o sucesso no tratamento, pois como falado anteriormente o fenômeno de amplificação de dor e somatização impactam diretamente na melhora dos sintomas com a terapêutica proposta. Dessa forma, sem a parceria com os serviços de psicologia e psiquiatria seria difícil o andamento desse projeto.

Assim demonstra-se a importância de uma abordagem multidisciplinar no tratamento de pacientes com dores crônicas e cuidados paliativos, pois esse paciente precisa ser enxergado através de uma ótica multifatorial, em seus múltiplos aspectos, de forma integral, como a proposta na atenção básica. Nesse contexto, não se pode deixar de ressaltar a importância do profissional de fisioterapia que através de exercícios de alongamento, de melhora de postura e tratamentos específicos atua em concomitância com a terapêutica medicamentosa na melhora de dores e conquista de autonomia relacionadas a melhora na execução de movimentos e atividades diárias.⁽¹⁸⁾

As trocas estabelecidas nas reuniões de equipe foram muito enriquecedoras para ampliação dos saberes dos profissionais de saúde da família referentes a pacientes com esse perfil, sendo a troca ainda uma medida muito positiva na quebra de tabus frente a esses doentes.

Ainda sobre a ótica dos pontos positivos, podemos destacar também a importância dos grupos com pacientes, familiares e cuidadores, em que através da troca de experiências serão adquiridas novas formas de enfrentamento de uma realidade difícil frente a uma doença sem proposta curativa. Em que a resiliência e aceitação da problemática vivenciada são pontos chave para a conquista do sucesso nos objetivos propostos que são: redução de sofrimento e melhora na qualidade de vida.

Avaliando agora os pontos negativos, observa-se ainda a dificuldade de tratamento desses pacientes nas UBS devido a falta de preparo e conhecimento dos profissionais atuantes diante de pacientes com dores

crônicas e com necessidades de cuidados paliativos. Recebi em minha unidade paciente fora de área e consulta de colegas de outros postos sobre como lidar com pacientes com esse perfil, mostrando total desconhecimento e preparo no cuidado desses doentes, que muitas vezes ficam esquecidos pelo sistema.

3.8 Avaliação

Pode-se avaliar a evolução da equipe frente ao tema juntamente aos pacientes atendidos no posto através dos seguintes aspectos:

- Capacitação da equipe;
- Frequência nos grupos e atividades propostas pela equipe;
- Entradas na emergência por sintomas mal controlados;
- Adesão a terapêutica proposta;
- Comparecimento as consultas e solicitação/aceitação de visitas domiciliares;
- Melhora na qualidade de vida (percepção pelo paciente, familiares e equipe envolvida).

4. CONCLUSÃO

Assim ressalta-se a importância do tratamento do doente inserido no contexto de cuidados paliativos e dores crônicas no universo das clínicas de saúde da família, pois essas acabam sendo, por muitas vezes, o destino final desses pacientes quando os serviços de atendimento especializado chegam a conclusão do esgotamento de suas propostas para fins curativos.

Nesse sentido, é urgente a necessidade de preparação da atenção básica para o acolhimento correto desses pacientes, que em sua maioria quando não possuem recursos próprios para a busca de soluções para seus problemas, ficam esquecidos a margem do sistema com a justificativa que "não há mais o que se possa fazer". Há muito a ser feito por esses doentes que merecem dignidade e atenção para suas queixas e sofrimentos associados.

Dessa forma, a mudança de olhar e preparação do profissional para atendimento e acompanhamento desses doentes é imprescindível na atenção básica, pois segundo o conceito de universalidade o acesso a saúde é direito de todos. E saúde é definido como equilíbrio dinâmico entre a dimensão orgânica, a dimensão psíquica e mental, a dimensão ecológico-social e a dimensão ética do indivíduo (*Segre e Ferraz*).⁽³⁾

5. REFERÊNCIAS

1) **IBGE**. *Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios – 2002* [online].

Disponível:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
[capturado em 01 Dezembro 2015].

2) **INCA**. *Câncer matou 8,2 milhões de pessoas em 2012, diz OMS* [online].

Disponível:

[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/caner_matou_8,2_milhoes_diz_oms](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/cancer_matou_8,2_milhoes_diz_oms) [capturado em 01 dezembro 2015].

3) SEGRE, M., FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. *Revista Saúde Pública*. v. 31, n.5, p.538-542, Out, 1997.

4) **ANCP**. *O que são Cuidados Paliativos?* [online]

Disponível: <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados> [capturado em 1 dezembro 2015].

5) MERSKEY, H. Pain terms. International Association for the Study of Pain. *Pain*.v.6, n.3, p.249-252, Jun, 1979.

6) BONICA, J. *The Management of Pain*, second edition. Philadelphia: Editora Lea & Febiger, 1990.

7) TEIXEIRA, M.J. Dor e Depressão. *Revista Neurociências*. v.14, n.2, p.44-53, Abr/Jun, 2006.

8) ROCHA A.P.C, KRAYCHETE D.C., LEMONICA L., CARVALHO L.R., BARROS G.A.M., GARCIA J.B.S., SAKATA R.K. Dor: Aspectos Atuais da Sensibilização Periférica e Central. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. v.57, n.1, p.94-105, Jan/Fev, 2007.

9) HENNEMANN-KRAUSE L. Dor no fim da vida: avaliar para tratar. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*. v.11 , n.2 - Cuidados Paliativos, Abr/Jun, 2012.

10) BORREL-CARRIÓ, F. *Entrevista Clínica: Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: Editora semfyc , 2004.

11) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.

12) SLADE, S. C., PATEL, S., KEATING, J. L.. What Are Patient Beliefs and Perceptions About Exercise for Nonspecific Chronic Low Back Pain? A

Systematic Review of Qualitative Studies. *Clinical Journal of Pain*. v.30, n.11, p.995-1005, Nov, 2014.

13) LIN, T.Y., KAZIYAMA, H.H.S., TEIXEIRA, M.J. Síndrome dolorosa miofascial. *Revista de Medicina*. (São Paulo), v.80, ed. esp. pt. 1, p.94-110, 2001.

14) BOLAY H., MOSKOWITZ, M. A.. Mechanisms of pain modulation in chronic syndromes. *NEUROLOGY*, v.59, suppl.2, pp. S2–S7, sep, 2002.

15) SIDDALL, P.J., COUSINS, M. J.. Persistent Pain as a Disease Entity: Implications for Clinical Management. *Anesthesia & Analgesia*. v.99, n.2, p.510-520, Aug, 2004.

16) PETRIE, K. J., FRAMPTON, T., LARGE, R. G., MOSS-MORRIS, R., JOHNSON, M., MEECHAN, G. What Do Patients Expect From Their First Visit to a Pain Clinic?. *Clinical Journal of Pain*. v.21, n.4, p.297-301, Jul/Aug, 2005.

17) BREIVIK, H., BOND, M.J. Why Pain Control Matters in a World Full of Killer Diseases. *Pain: Clinical Updates*. v.12, n.4, p.1-4, Set, 2004.

18) DUNCAN, BB., Schimidt MI. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidência*, quarta edição. Porto Alegre, Editora: Artmed, 2014.

19) COMBINATO D. S., MARTINS S.T.F. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. *O Mundo da Saúde*. v.36, n.3, p.433-441, 2012.

20) **CABESP**. *O Brasil envelhece e as doenças mudam* [online].

Disponível:<http://www.cabesp.com.br/home/Materia/Visualizar/114> [capturado em 01 dezembro 2015].

21) **ANCP**. *Projeto procura introduzir CP na atenção primária* [online].

Disponível:<http://www.paliativo.org.br/noticias/2015/03/projeto-procura-introduzir-cp-na-atencao-primaria/> [capturado em 01 dezembro 2015].

Anexo I

Grupo Familiar	Análise Situacional/ Diagnóstico	Seleção de Problemas	Metas	Prazos Responsáveis /	Cumprimento de Metas
Idoso sexo masculino 75 anos	Paciente com nódulo pulmonar, sem diagnóstico definido, apresentando dores de forte intensidade, limitantes e incapacitantes, que o impedem de exercer suas atividades diárias, influenciando sono, humor e apetite, bem como vem gerando impacto negativo no convívio familiar.	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento de dor crônica; - Auxílio no enfrentamento da doença; - Apoio familiar e de cuidadores; - Melhora na qualidade de vida; - Reinserção do paciente em atividades familiares e na comunidade; - Estímulo para busca de novas atividades laborais e de lazer; 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas médicas periódicas - Acompanhamento pelos serviços de psicologia e psiquiatria; - Participação nos grupos; - Atividades orientadas pela fisioterapeuta; 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta médica em 1 semana após capitação pelo ACS (ACS e recepcionista); - Agendamento de consultas com o serviço de psicologia e psiquiatria dentro de 1 mês (médico e recepcionista); - Parecer da fisioterapeuta em 1 mês (médico, fisioterapeuta e recepcionista); 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizada consulta com médico no prazo; - Feito em encaminhamento para serviço de psicologia, mas paciente não foi a consulta; - Não havia ainda número suficiente de pacientes para montar o grupo; - Não houve tempo de ser feito o parecer pela fisioterapeuta pois paciente foi dar seguimento em serviço especializado e não retornou ao posto;
Irmã e cuidadora 65 anos	<p>Irmã se sente sobrecarregada no cuidado ao paciente, está emocionalmente desestruturada devido as incertezas frente a evolução do quadro de seu familiar ainda sem diagnóstico e sem conseguir marcação em serviço de referência.</p> <p>Se sente limitada e angustiada por não estar conseguindo mesmo com os cuidados ofertados ver melhora no quadro do irmão,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade para enfrentamento da doença em familiar; - Sobrecarga física e emocional; - Dificuldade de acesso a serviço de referência; - Dúvidas e angústias diante da doença de seu familiar e por não estar conseguindo melhora do quadro de dor com tentativas que estavam ao seu alcance; 	<ul style="list-style-type: none"> - Auxílio na referência do paciente para serviço especializado o para obter seu diagnóstico (encaminhamento); - Encaminhamento para serviço de psicologia para apoio; - Consultas periódicas com o médico para esclarecimento de dúvidas diante das 	<ul style="list-style-type: none"> - consulta médica em 1 semana após capitação pelo ACS (ACS e recepcionista); - Encaminhamento para serviço de psicologia (médico e recepcionista); - Foi estabelecido contato contínuo entre familiar e médico para auxílio no enfrentamento e esclarecimento de dúvidas no tratamento; 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizada consulta médica no prazo; - Feito encaminhamento para serviço de psicologia pelo médico mas paciente não foi a consulta; - Não houveram os grupos por não haver pessoas suficientes para sua formação;

	que apesar das diversas entradas no serviço de emergência não obtém melhora do quadro de dor que é o mais lhe aflige		terapêuticas e condutas traçadas + auxílio no enfrentamento da problemática ; - Participação nos grupos;		
--	--	--	---	--	--