

# II JORNADAS DE INVESTIGAÇÃO

DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE CUIDADOS PALIATIVOS

17 e 18 de MARÇO de 2017

Escola Superior de Tecnologia e Gestão  
Instituto Politécnico de Bragança



Versão digital do Programa

## PROGRAMA CIENTÍFICO

## COMISSÃO DE HONRA

Ministro da Saúde  
Presidente da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos  
Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte  
Presidente do Instituto Politécnico de Bragança  
Diretor da Escola Superior de Tecnologia e Gestão  
Presidente da Câmara Municipal de Bragança  
Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Nordeste  
Diretor Clínico dos Cuidados Hospitalares da Unidade Local de Saúde do Nordeste  
Diretora Clínica Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde do Nordeste  
Enfermeira Diretora da Unidade Local de Saúde do Nordeste

## COMISSÃO ORGANIZADORA

<b>Coordenadora</b> Enf. <sup>a</sup> Cristina Pereira	Enf. <sup>a</sup> Cátia Ferreira
<b>Coordenadora</b> Enf. <sup>a</sup> Margarida Alvarenga	Enf. <sup>a</sup> Fátima Ferreira
Dr. Duarte Soares	Enf. <sup>a</sup> Nélia Trindade
Dr. <sup>a</sup> Ana Bernardo	Fisioterapeuta Catarina Agapito
Dr. <sup>a</sup> Carolina Monteiro	
Dr. <sup>a</sup> Conceição Pires	
Dr. <sup>a</sup> Luísa Carvalho	

## COMISSÃO CIENTÍFICA

Prof. Doutor Manuel Luís Capelas ( <i>PhD</i> )	Enf. <sup>a</sup> Sandra Neves ( <i>PhD Student</i> )
Prof. <sup>a</sup> Doutora Paula Sapeta ( <i>PhD</i> )	Prof. <sup>a</sup> Patricia Coelho ( <i>PhD Student</i> )
Doutora Sandra Pereira ( <i>PhD</i> )	Dr. <sup>a</sup> Ana Lacerda ( <i>Master</i> )
Doutor Eduardo Carqueja ( <i>PhD</i> )	Dr. <sup>a</sup> Cristina Pinto ( <i>Master</i> )
Prof. Doutor Pablo Hernández Marrero ( <i>PhD</i> )	Enf. <sup>a</sup> Catarina Simões ( <i>Master</i> )
Dr. <sup>a</sup> Alexandra Ramos ( <i>PhD Student</i> )	Frei Herminio Araújo ( <i>Master</i> )
Dr. <sup>a</sup> Cristina Galvão ( <i>PhD Student</i> )	
Enf. <sup>a</sup> Mara Freitas ( <i>PhD Student</i> )	



## SEXTA-FEIRA • 17 MARÇO 2017

08h00	Abertura do Secretariado
09h00-13h00	<b>WORKSHOPS</b>
Auditório Principal	<b>WS 1 Questões éticas processuais em investigação em CP – Grupo de Reflexão Ética da APCP</b> Coordenação: Enf.ª Mara Freitas
Sala 110	<b>WS 2 Prioridades e limitações da investigação em CP</b> Prof. Doutor Manuel Luís Capelas, Prof.ª Patrícia Coelho e Mestre Sandra Neves
Anfiteatro 101	<b>WS 3 Comunicação de resultados de investigação</b> Doutora Sandra Pereira, Prof. Doutor Pablo Hernandez Marrero e Mestre Bárbara Antunes
Anfiteatro 114	<b>WS 4 Disseminação de resultados de investigação em CP junto da sociedade civil</b> Mestre Catarina Simões, Dr.ª Sara Ferreira e Jornalista Isabel Nery
11h00-11h30	Intervalo
13h00-14h00	Intervalo para almoço
14h00-14h30	<b>Sessão Inaugural</b>
14h30-15h00	<b>CONFERÊNCIA DE ABERTURA</b>
Auditório Principal	<b>REFLEXÃO ÉTICA NA INVESTIGAÇÃO EM PESSOAS VULNERÁVEIS</b> Presidentes: Prof. Doutor Manuel Luís Capelas e Enf.ª Mara Freitas Prof. Doutor Sérgio Deodato
15h00-15h30	Intervalo / Visita aos Posters
15h30-17h00	<b>SESSÃO PLENÁRIA I</b>
Auditório Principal	<b>INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E DE MEDIDA/METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b> Moderadoras: Dr.ª Ana Bernardo e Prof.ª Patrícia Coelho <b>Investigar a espiritualidade em Cuidados Paliativos</b> Oradora convidada: Prof.ª Doutora Ana Querido <b>Gestão do local de cuidados na população NECPAL CCOMS-ICO® positiva – Um novo olhar sobre a utilidade preditiva da ferramenta</b> Filipa Tavares <b>Análise secundária de dados qualitativos na investigação em Cuidados Paliativos: Recomendações baseadas na evidência</b> Sandra Martins Pereira e Pablo Hernández-Marrero <i>Em nome do Projeto InPalln: Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos</i>
17h00	Encerramento do 1º dia das Jornadas



## SÁBADO • 18 MARÇO 2017

- 08h00 Abertura do Secretariado
- 09h00-11h00 **SESSÃO PLENÁRIA II**  
Auditório Principal **ESPERANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS/ESPIRITUALIDADE/INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E DE MEDIDA**  
Moderadoras: Mestre Catarina Simões e Doutora Sandra Pereira
- Prioridades na investigação em Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal**  
Oradora convidada: Dr.ª Ana Lacerda
- Intervenção no sofrimento existencial em Cuidados Paliativos: Análise da aplicação do projeto**  
Rita Santos Silva, Ana Filipa Guedes e Ana Luísa Gonçalves
- Promover o perdão em Cuidados Paliativos**  
Rita Santos Silva e Sílvia Caldeira
- Identificação de necessidades paliativas usando uma medida de resultados reportada pelo doente**  
Bárbara Antunes, Pedro Pereira Rodrigues e Pedro Lopes Ferreira
- 
- 11h00-11h30 Intervalo / Visita aos Posters
- 
- 11h30-13h00 **SESSÕES PARALELAS – COMUNICAÇÕES LIVRES**  
Auditório Principal **SESSÃO PARALELA I CUIDADOS PALIATIVOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES/CUIDADOS PALIATIVOS EM DOENTES NÃO ONCOLÓGICOS**  
Moderadoras: Dr.ª Ana Lacerda e Enf.ª Margarida Alvarenga
- Prestação de Cuidados Paliativos pediátricos no interior norte de Portugal: Dois casos clínicos**  
Cláudia Alves, Ana Gonçalves e Sara Regente
- Cuidados Paliativos na Doença Pulmonar Terminal: Desafio ou oportunidade? Descrição de caso clínico**  
Maria Eduarda Figueira, Maria José Gomes, Lurdes Pradinhos, Zélia Lopes, Paula Matos e Teresa Alves
- Cuidados paliativos no contexto de Pé Diabético: Enquadramento e Urgência!**  
Joana Rigor, Sara Pinto, Daniela Martins-Mendes e Matilde Monteiro-Soares
- Anfiteatro 101 **SESSÃO PARALELA II EPIDEMIOLOGIA/METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**  
Moderadoras: Dr.ª Luísa Carvalho e Prof. Doutora Paula Sapeta
- Uso de dados de mortalidade para melhorar os cuidados em fim de vida**  
Bárbara Gomes, Maja de Brito, Vera Sarmiento, Ana Lacerda, Maria J. Pinheiro, Rodrigo Liberal, Marília Dourado, Edna Goncalves, Pedro L. Ferreira e Irene J. Higginson
- Methodological lessons from a randomized controlled trial on exercise in a palliative population with cancer***  
Catarina Ribeiro, Rui Santos e Bárbara Gomes



Anfiteatro 114 **COMUNICAÇÕES LIVRES I** CONTROLO E MELHORIA DE QUALIDADE DOS CUIDADOS/CUIDADOS EM FIM DE VIDA (ÚLTIMOS DIAS E HORAS DE VIDA)/CUIDADOS PALIATIVOS EM DOENTES NÃO ONCOLÓGICOS/ORGANIZAÇÃO/GESTÃO DE SERVIÇOS

Moderadoras: Enf.<sup>a</sup> Fátima Ferreira e Dr.<sup>a</sup> Cristina Pinto

**Prevalência e incidência das úlceras por pressão numa unidade de Cuidados Paliativos**

Nélia Gouveia Trindade e Cristina Conceição Moreira

**Abordagem de Cuidados Paliativos na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: O eterno desafio.**

**Descrição de caso clínico**

Nilza Ferreira, Duarte Soares e Ana Gonçalves

**Abordagem de patologia médico-cirúrgica em Cuidados Paliativos: A propósito de um caso clínico**

Ana Rita Alves Lopes, Rita Silva, Maria João Rego de Castro, Cristiana Batouxas, Liseta Gomes e Eugénia Madureira

**Utilizadores frequentes do Serviço de Urgência. Uma realidade que importa aos Cuidados Paliativos?**

**Estudo observacional retrospectivo**

Ana Gonçalves e Lino André Olmo

---

13h00-14h00 Intervalo para almoço

---

14h00-15h30 **SESSÕES PARALELAS – COMUNICAÇÕES LIVRES**

Auditório Principal **SESSÃO PARALELA III** ORGANIZAÇÃO/GESTÃO DE SERVIÇOS/SINTOMAS: DOR E OUTROS SINTOMAS

Moderadores: Enf.<sup>a</sup> Nélia Trindade e Prof. Doutor Pablo Hernández Marrero

**Microrganismos multirresistentes numa unidade de Cuidados Paliativos no interior norte português:**

**Que realidade? Descrição de casuística e abordagem crítica de resultados**

Cristina Nunes, Natália Ledesma, Sandra Linhares, Vera Preto, Irene Barros e Prudência Vaz

***Home palliative care works – But how? A meta-ethnography of the experiences of patients and family caregivers***

Vera P. Sarmiento, Marjolein Gysels, Irene J. Higginson e Bárbara Gomes

**Abordagem da encefalopatia em Cuidados Paliativos: Descrição de caso clínico**

Maria João Rego de Castro, Rita Silva, Ana Rita Alves Lopes, Diana Pires Fernandes, Miriam Blanco e Eugénia Madureira

Anfiteatro 101 **SESSÃO PARALELA IV** SINTOMAS: DOR E OUTROS SINTOMAS

Moderadoras: Dr.<sup>a</sup> Conceição Pires e Enf.<sup>a</sup> Cristina Pereira

**Hemorragia digestiva em contexto domiciliário: Uma realidade inabordável? Descrição de caso clínico**

Joana Martins, Joana Freire, Daniela Coelho, Manuel Gonçalves, Diana Fernandes, Raquel Gil, Carmen Valdivieso e Eugénia Madureira

**Utilização de opióides na doença avançada/terminal no âmbito dos cuidados de saúde primários na sub-região de saúde de Bragança**

Francisco Luis Centeno Pascual

**Dor numa equipa Intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos: Avaliação, registo e resultados**

Rodrigo Moraes, Maria Ferreira, Elga Freire, Júlia Alves, Isabel Barbedo, Sara Silva, Joana Mirra e Margarida Santos



Anfiteatro 114

## **COMUNICAÇÕES LIVRES II FAMÍLIA E CUIDADORES/FORMAÇÃO/ORGANIZAÇÃO/GESTÃO DE SERVIÇOS/ÉTICA/BIOÉTICA/VULNERABILIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Moderadoras: Prof. Doutora Ana Querido e Dr.<sup>a</sup> Carolina Monteiro

### **Da alimentação oral à nutrição artificial em Cuidados Paliativos domiciliários: Estudo de caso qualitativo**

Cíntia Pinho-Reis, Sílvia Patrícia Coelho e Manuel Luís Capelas

### **Formação pré-graduada em Cuidados Paliativos, formar para desmistificar**

Cátia Ferreira e Margarida Alvarenga

### **Referenciação tardia para Cuidados Paliativos num hospital de agudos – A propósito da casuística de doentes observados pela EIHS CP**

Lúcia Marinho, Zulmira Peixoto, Antónia Rodrigues, Evangelina Dias, Luís Milheiro da Costa, Francisca Cunha, Eunice Schacht e Paula Silva

### **Referenciação aos Cuidados Paliativos em Medicina Geral e Familiar, em que ponto estamos?**

Joana Freire, Manuel André Gonçalves, Daniela Coelho e Ana Catarina Pires

### **Diretivas antecipadas de vontade em fim de Vida**

Alice Flores, Ângela Silva, Margarida Broco, Maria de Lurdes Pradinhos e Rosária Pires

### **O papel da reabilitação em Cuidados Paliativos, uma área multidimensional: Revisão integrativa da literatura**

Sofia Neves, Graça Terroso, Simone Torres e Patrícia Coelho

---

15h30-16h00

Intervalo

---

16h00-18h00

## **SESSÃO PLENÁRIA III**

Auditório Principal

### **CONTROLO E MELHORIA DE QUALIDADE DOS CUIDADOS/CUIDADOS PALIATIVOS EM DOENTES NÃO ONCOLÓGICOS/ ÉTICA/BIOÉTICA**

Moderadores: Dr. Duarte Soares e Mestre Sandra Neves

#### **Estudos experimentais em Cuidados Paliativos**

Orador convidado: Prof. Doutor Manuel Luís Capelas

#### **Ângulo de fase como preditor de mortalidade e morbilidade em doentes internados**

Rosária Rodrigues, Inês Tiago, Ana Mouta, Eliane Afonso, Teresa Gomes e Domingos Fernandes

#### **Demência avançada em Serviços de Urgência: Barreiras à referenciação para cuidados paliativos**

Rui Vilaça, Graça Terroso e Sílvia Patrícia Coelho

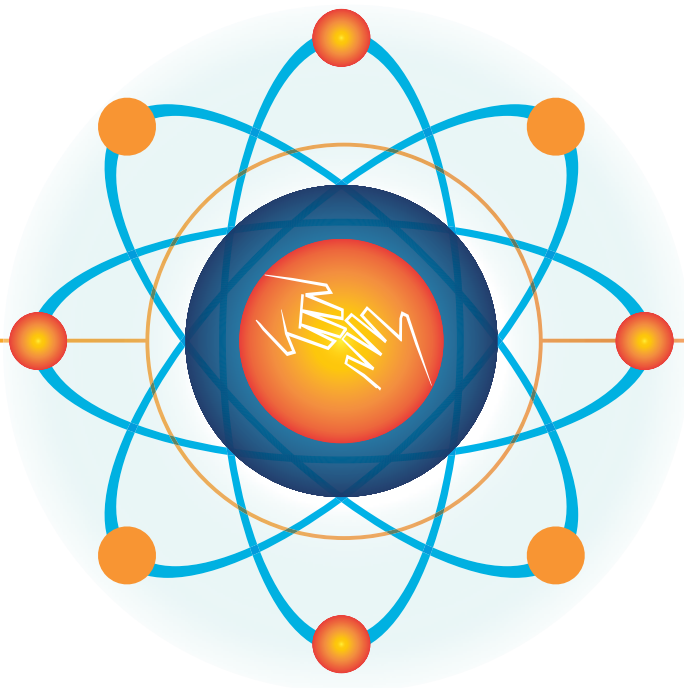
#### **Abordagem ética ao uso de antibióticos em cuidados paliativos: Revisão sistemática de literatura**

Sandra Martins Pereira, Patrícia Joana de Sá Brandão, Joana Araújo, Ana Sofia Carvalho e Pablo Hernández-Marrero.

*Em nome do Projeto InPalln: Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos*

18h00-18h15

Sessão de Encerramento e entrega de Prémios



# **II JORNADAS DE INVESTIGAÇÃO**

**DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE CUIDADOS PALIATIVOS**

**RESUMOS**



## SESSÕES PLENÁRIAS

Sessão Plenária I, dia 17 de março, das 15h30 às 17h00

### GESTÃO DO LOCAL DE CUIDADOS NA POPULAÇÃO NECPAL CCOMS-ICO® POSITIVA – UM NOVO OLHAR SOBRE A UTILIDADE PREDITIVA DA FERRAMENTA

Filipa Tavares

Unidade de Medicina Paliativa - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa

**Tema:** Instrumentos de avaliação e de medida

**Introdução:** A NECPAL CCOMS-ICO®, ferramenta desenvolvida para promover a identificação precoce de necessidades paliativas terá ainda, segundo os autores, uma elevada sensibilidade e valor preditivo negativo na mortalidade aos 12 e 24 meses. Não estando esta dimensão prognóstica suficientemente estudada e implicando o reconhecimento de necessidades a alocação de recursos, importará analisar como se comporta a NECPAL face a outros indicadores como o local de morte ou a necessidade de internamento em unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

**Objetivo:** Explorar o valor preditivo da NECPAL quanto ao local de morte e necessidade de internamento em UCP.

**Métodos:** Coorte prospetivo, incluindo todos os novos doentes avaliados por uma equipa intra-hospitalar de suporte ao longo de 6 meses. Os itens da NECPAL versão 3.0 foram classificados pelo mesmo médico após a consulta inicial, registando-se dados demográficos e clínicos complementares. De forma retrospectiva, e a partir das bases Portal da Saúde e da instituição, anotaram-se, local e data do óbito (ou último contacto) bem como os pedidos de transferência para UCP na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

**Resultados:** Excluíram-se 15 (8%) participantes (NECPAL negativos). Nos restantes 165 (52% homens, mediana de idade 70 anos, 10% internados à data, 2% não oncológicos, 42% vivos no final do estudo) foi pontuada a pergunta surpresa e uma mediana de 6 outros itens (P25-P75 5-7) na avaliação inicial. Dos 96 óbitos 55% aconteceram no hospital. A probabilidade de aí falecer foi 4,2 vezes maior nos doentes não pontuando no item declínio cognitivo ( $p = 0.001$ ), sendo este o único fator NECPAL associado a óbito no hospital. Quando o modelo é ajustado para a existência de referência à RNCCI o item declínio cognitivo perde valor prognóstico. Foram pedidas 60 integrações em UCP (36% dos NECPAL +). Dos dois itens

com correlação estatística com referência a UCP – declínio cognitivo e vulnerabilidade social [riscos, respetivamente 2,1 ( $p = 0.028$ ) e 2,3 ( $p = 0,034$ )] apenas esta última manteve significado estatístico quando o modelo é ajustado à idade.

**Conclusões:** O item declínio cognitivo da NECPAL mostrou valor preditivo quanto ao local do óbito (menor risco de vir a falecer no hospital). O risco social detetado pelo médico pontuando vulnerabilidade a este nível teve valor prognóstico quanto à necessidade de referência a internamento em UCP. Os resultados devem ser encarados como um estímulo a explorar novas potencialidades da NECPAL enquanto instrumento prognóstico.

### ANÁLISE SECUNDÁRIA DE DADOS QUALITATIVOS NA INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS: RECOMENDAÇÕES BASEADAS NA EVIDÊNCIA

Sandra Martins Pereira<sup>1</sup>; Pablo Hernández-Marrero<sup>1</sup>

Em nome do Projeto InPalln: Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos  
<sup>1</sup>Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto e UNESCO Chair in Bioethics, Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Telefone: 226196216 (Ext. 142)

**Tema:** Metodologia de Investigação

**Introdução:** A análise secundária de dados envolve a reutilização e reanálise de dados primários disponíveis, previamente recolhidos, para investigar novas questões de investigação. Este tipo de abordagem otimiza o potencial destes dados, justificando-se, do ponto de vista ético e metodológico, pelo facto de evitar a intrusão, sobrecarga e cansaço dos participantes em investigação. Em Cuidados Paliativos, a análise secundária de dados qualitativos tem vindo a crescer, provavelmente como resultado da necessidade de investigar situações complexas em populações vulneráveis. Não obstante, a existência de recomendações específicas acerca desta abordagem metodológica escasseia.

**Objetivos:** (1) Identificar e descrever os estudos realizados em Cuidados Paliativos com recurso à análise secundária de dados qualitativos. (2) Identificar, descrever e sistematizar os procedimentos ético-metodológicos implementados nestes estudos.

**Material e métodos:** Revisão integrativa da literatura, com recurso a uma abordagem sistemática, nas seguintes bases de dados: PubMed, Web of Science, CINHAHL Complete, Medline e EBSCO Host. Termos de pesquisa: *Secondary analysis AND qualitative AND palliative care no [Title/Abstract]*. Critérios de inclusão: Artigos de análise secundária de dados qualitativos, em língua inglesa, texto completo e referências





disponíveis. Critério de exclusão: artigos com análise secundária de dados quantitativos. Não foi estabelecido limite temporal, de modo ser possível aferir a evolução do uso desta abordagem no tempo. A seleção e análise de artigos foi feita, de modo independente, pelos dois investigadores deste estudo.

**Resultados:** Um total de 26 artigos foi identificado, dos quais 12 foram eliminados por razões diversas. O corpus de análise é composto por 16 artigos. A maioria destes provém dos Estados Unidos da América e Reino Unido, assistindo-se a um acréscimo de publicações com esta abordagem metodológica desde 2013. Procedimentos éticos dos estudos de análise secundária de dados qualitativos em Cuidados Paliativos. Em 10 dos 16 artigos incluídos para a análise, os autores fazem referência ao facto de a análise secundária de dados qualitativos ter sido aprovada pela comissão de ética da instituição correspondente, a maioria do tipo académico. Todos os estudos mencionam a aprovação ética do estudo primário. Alguns estudos fazem ainda referência às seguintes salvaguardas éticas: Anonimização e confidencialidade dos dados (2 estudos), armazenamento de dados (1 estudo), consentimento adicional dos participantes do estudo primário para a análise secundária (1 estudo), e descrição sucinta dos procedimentos éticos implementados no estudo primário (2 estudos). Procedimentos metodológicos dos estudos de análise secundária de dados qualitativos em Cuidados Paliativos. A maioria (12) dos estudos incluídos para análise inclui a descrição detalhada da metodologia do estudo primário e a definição das novas questões e/ou objetivos de investigação. Somente quatro (4) estudos explicitam a robustez metodológica da análise secundária de dados qualitativos, incluindo a consistência desta com os objetivos do estudo primário. Em 5 estudos as características da análise secundária surgem discutidas nas limitações, particularmente no que concerne ao facto de os participantes do estudo primário não terem sido contactados para dar o seu consentimento para a análise secundária (1 estudo).

**Conclusões:** A análise secundária de dados qualitativos em Cuidados Paliativos tem vindo a assumir crescente relevância no panorama internacional. Esta abordagem requer procedimentos ético-metodológicos que salvaguardem a qualidade e rigor científicos, sobretudo em termos de fiabilidade e validade dos resultados. A partir deste estudo denota-se que é primordial desenvolver recomendações específicas para a realização de estudos com recurso a este tipo de abordagem metodológica em Cuidados Paliativos.

Agradecimentos: Fundação Grünenthal e Fundação Merck, Sharpe and Dohme.

Sessão Plenária II, dia 18 de março, das 09h00 às 11h00

## **INTERVENÇÃO NO SOFRIMENTO EXISTENCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO PROJETO**

Rita Santos Silva; Ana Filipa Guedes; Ana Luísa Gonçalves  
*Hospital da Luz*

**Tema:** Esperança em Cuidados Paliativos

**Introdução:** Na nossa prática clínica numa Unidade de Cuidados Paliativos, muitas vezes deparamo-nos com doentes em fim de vida que se encontram em sofrimento existencial, como consequência inevitável da doença e do seu tratamento, sendo a intervenção nos mesmos por vezes difícil.

Assim sendo, tornou-se fundamental a elaboração de um projeto de intervenção no sofrimento existencial, com vista a dar resposta a problemas não só físicos, mas também psicológicos, sociais e espirituais. Os profissionais de saúde, intervindo de forma ativa junto destes doentes e suas famílias, devem estar despertos para intervir no sofrimento existencial. Conhecer o doente e sua família mais profundamente, saber os seus gostos, valores, forças interiores, anseios, preocupações e foccus de esperança, torna-se fulcral para uma intervenção global no sofrimento. Deste modo, consideramos que intervir na esperança dos doentes paliativos, de forma a promovê-la com intervenções adequadas e direcionadas, torna-se essencial e uma necessidade emergente nos cuidados aos doentes vulneráveis e em fim de vida.

**Objetivos:** Determinar o nível de esperança dos doentes internados numa unidade de Cuidados Paliativos, intervindo no sofrimento existencial, de forma a enumerar e aplicar intervenções que promovam a esperança ao longo do internamento.

**Material e métodos:** O projeto implica a aplicação da escala (HHI-PT). Esta escala é aplicada a todos os doentes paliativos, conscientes e orientados, oncológicos e não oncológicos, internados numa Unidade de Cuidados Paliativos, e que aceitem a aplicação da mesma.

A escala é aplicada no 3º dia, 10º dia de internamento e momento da alta. Através da aplicação desta escala, os profissionais intervêm no doente de forma global, tendo em conta os seus foccus e atributos de esperança, enumerando e intervindo de forma a promover a esperança.

**Resultados:** Num semestre, houve um total de 236 doentes paliativos, oncológicos e não-oncológicos admitidos na Unidade, de entre os quais 31 doentes foram aplicadas escala de esperança ao 3º dia de internamento.



De entre os doentes com aplicação de escala de esperança, em 17 desses doentes a escala foi reaplicada ao 10º dia e 8 doentes tiveram aplicação também no dia da alta, perfazendo um total de 8 doentes cuja aplicação da escala cumpriu todos os momentos enunciados no projeto. De entre estes 8 doentes com aplicação em todos os momentos, em 7 doentes houve aumento da pontuação desde a 1ª aplicação comparativamente à aplicação da alta, o que se traduz num aumento do nível de esperança, pressupondo possivelmente uma eficaz intervenção na promoção da mesma e consequentemente no sofrimento existencial.

**Conclusões:** Após a análise destes dados, conseguimos antever a importante necessidade da sua realização e manutenção, de forma a que a abordagem do doente paliativo seja realizada em todas as suas dimensões, para uma prestação de cuidados holísticos, personalizados e adequados a cada um. Isso permite ao profissional de saúde elaborar intervenções de forma autónoma, com o intuito de dar visibilidade à abordagem no sofrimento existencial, e espelhar o trabalho interdisciplinar em cuidados paliativos.

Com este projeto pretende-se aumentar o nível de esperança dos doentes paliativos internados numa Unidade de Cuidados Paliativos, inserindo na nossa prática de cuidados a promoção da esperança, de forma a reduzir o sofrimento existencial e visando uma melhoria na qualidade de vida e bem-estar do doente e família.

Consideramos que a formação da equipa nesta área deverá continuar a existir, sensibilizando cada vez mais a importância da intervenção no doente na sua globalidade.

## PROMOVER O PERDÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Rita Santos Silva<sup>1</sup>; Sílvia Caldeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira- Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, Hospital da Luz. Aluna de Mestrado de Cuidados Paliativos, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal; <sup>2</sup>Enfermeira, Mestrado em Bioética, Doutoramento em enfermagem – Professora Auxiliar Convidada, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal

**Tema:** Espiritualidade

**Introdução:** De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos (CP) proporcionam uma abordagem sistemática e humanística para melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam doenças incuráveis e/ou graves, e com prognóstico limitado. Esta abordagem deve incluir a espiritualidade, que é particularmente evidente nestas circunstâncias de saúde. A es-

piritualidade tem sido definida como uma dimensão relacionada com a busca de sentido na vida, fundamental em contexto de paliativos. As necessidades espirituais incluem a necessidade de perdão e os doentes e famílias que enfrentam uma doença grave, muitas vezes, expressam pesar sobre eventos da vida que querem ver resolvidos com vista à serenidade ou bem estar global. As características e a proximidade da relação em Cuidados Paliativos, particularmente a relação enfermeiro-paciente, podem facilitar a oportunidade de promover o perdão, que é uma intervenção de enfermagem não farmacológica, já incluída nas classificações de enfermagem, mas que carece de investigação e evidência sobre a sua implementação e eficácia.

**Objetivos:** Explorar o conceito de perdão em CP; Explorar a intervenção de enfermagem promoção do perdão no contexto da espiritualidade e da qualidade de vida em CP e os ganhos em saúde relacionados.

**Material e métodos:** Revisão da literatura, baseada em pesquisa bases de dados internacionais: PubMed, Medline, Medclatina, EBS-CO, CINAHL, PsycINFO, Cochrane central, Cochane date of Systematic Review, Scielo, Google Académico, e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Pesquisa realizada com os termos e estratégia: (*Palliative Care OR End of Life Care OR Terminal Care*) AND *Forgiveness OR Guilt OR Forgive OR Regret Or Pardon OR Reconciliation OR Absolution OR acquittal OR Remission OR Dispensation OR Reprieve OR justification OR amnesty OR respite*. A pesquisa foi realizada em junho de 2016 e os resultados foram analisados por dois investigadores de acordo com os objetivos da revisão.

**Resultados:** O perdão é descrito como um processo ou jornada cujo objetivo é liberar ou reduzir a amargura. A necessidade de perdão é também descrita como antecedente do sofrimento em pacientes com cancro. Alguns ganhos em saúde têm sido relacionados ao perdão, como a satisfação com a vida, diminuição da pressão arterial, saúde mental positiva, bem-estar físico e relacional, e influencia os níveis mais baixos de depressão e ansiedade. Além disso, o perdão é importante para reduzir o sentimento de culpa, que foi sugerido como um indicador clínico de angústia espiritual em pacientes com doença crónica. Perdoar também está associado a um maior nível de esperança e otimismo no futuro, e a disposição para perdoar parece aliviar a auto-estima negativa. O perdão pode então estar associado a uma melhor saúde espiritual.

**Conclusões:** A intervenção de enfermagem na língua inglesa é denominada *forgiveness facilitation*, que poderá abrir a discussão sobre facilitar o perdão ou promover o perdão, com os devidos desafios e limites

éticos na equipa multidisciplinar. Considerando que o objetivo central dos Cuidados Paliativos é reduzir o sofrimento dos pacientes e suas famílias, a intervenção "promover o perdão" poderá representar uma resposta valiosa como uma intervenção multidisciplinar e não farmacológica a ser implementada de um modo sistematizado. A informação sobre a promoção do perdão em Cuidados Paliativos parece ainda dispersa e nenhuma revisão sistemática foi identificada sobre o uso da promoção do perdão como uma intervenção na literatura de Cuidados Paliativos, nem nenhum modelo de intervenção multidisciplinar ou apenas de enfermagem. Não obstante, a intervenção está classificada na *Nursing Interventions Classification*. Esta parece ser uma área de estudo e intervenção de interesse na implementação e cuidados holísticos em CP.

## IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES PALIATIVAS USANDO UMA MEDIDA DE RESULTADOS REPORTADA PELO DOENTE

Bárbara Antunes<sup>1,2</sup>; Pedro Pereira Rodrigues<sup>2</sup>; Pedro Lopes Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Portugal; <sup>2</sup>Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

**Tema:** Instrumentos de avaliação e de medida

**Introdução:** A recolha sistemática de informação através de medidas de resultados captadas diretamente do doente tem o potencial de beneficiar a prática clínica paliativa, a nível individual e populacional, pois, facilita identificação e triagem de necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais.

**Objetivos:** Descrever as necessidades paliativas de doentes com diagnóstico de doença avançada sem possibilidade de cura.

**Material e métodos:** Estudo multicêntrico com amostragem de conveniência. Foram incluídos doentes com, pelo menos, 18 anos de idade, diagnóstico de doença avançada (oncológica ou não-oncológica) sem possibilidade de cura, capacidade para dar consentimento informado escrito, funções cognitivas intactas e, saber ler e escrever Português. Foram excluídos doentes com idade inferior a 18 anos, em sofrimento, com sintomas físicos ou emocionais descontrolados, deterioração cognitiva e incapazes de perceber português. A escala integrada de sintomas em Cuidados Paliativos (IPOS) foi utilizada. Ambas as versões (reportada pelo doente e reportada pelo clínico em relação ao doente) estão adaptadas e culturalmente validadas para a população portuguesa. A pontuação assenta numa escala de Likert entre zero (sem problema) até 4 (o pior possível/insuportável). Em cada unidade foi requerida autorização à respetiva Comissão de Ética.

**Resultados:** Os dados foram recolhidos em 9 instituições e foram triados 1703 utentes. 984 (57.8%) eram mulheres e a média de idades foi de 55.3 anos (DP = 21.6). 16% dos dados foram recolhidos na zona Norte. Cumpriram com os critérios de inclusão 135 doentes (7.9%) e outros 18 também eram elegíveis, mas declinaram participação. 135 utentes cumpriram com todos os critérios de inclusão e nenhum de exclusão. 58 (43%) eram mulheres e a média de idades foi de 66.8 anos (DP = 12.7). A maioria dos doentes incluídos, 82 (60.7%) veio de instituições especializadas em CP e 28 doentes (20.7%) de instituições de saúde primárias. Os restantes 25 (18.5%) vieram de um serviço hospitalar não especializado em CP. Quanto à valência de prestação de cuidados, a maioria, 72.6% estava em consulta externa, 13.3% em internamento hospitalar, 11.1% em domicílio e 3% em consultoria hospitalar. A maioria (54.8%) tinha o 1º ciclo do ensino básico e 5.2% tinham terminado o ensino superior. 109 doentes (80.7%) tinham doença oncológica e apenas 27.4% da amostra tinha esperança de vida superior a um ano. 63 doentes (46.7%) estavam estáveis, 22 (16.3%) estavam instáveis e 43 (31.9%) estavam em fase de deterioração. Apenas 31.1% dos inquiridos foi capaz de responder ao questionário sem ajuda. Os problemas que apresentaram maior prevalência de pontuação máxima foram: Algum dos seus familiares ou amigos se sentiu ansioso/a ou preocupado/a consigo? com 36.3%, Sentiu-se ansioso/a ou preocupado/a com a sua doença ou com o tratamento? 13.3%, Falta de ar 8.1%, Sentir-se em paz e sentir-se deprimido apresentaram a mesma prevalência de 9.6%, Foi capaz de partilhar, tanto quanto queria, com a sua família ou amigos, a forma como se tem sentido? 8,9%, Sentiu dor? 7.4%. Os problemas que apresentaram maior prevalência de pontuação mínima foram: Vômitos 77%, Falta de ar 67.4%, Náusea 65.0%, Teve toda a informação que queria? 60.7%. Os problemas práticos resultantes da sua doença (tais como financeiros ou pessoais) foram resolvidos? 45.2% e Prisão de ventre 43%.

**Conclusões:** As 6 principais necessidades paliativas com pontuação máxima foram, na sua maioria, psicológicas e familiares e apenas 2 foram sintomas físicos. O contrário observou-se nos problemas que apresentaram maior prevalência de pontuação mínima, ou seja, 4 eram sintomas físicos. O IPOS possibilitou o levantamento e identificação de necessidades paliativas de forma sistemática.

Financiamento: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia - PD/0003/2013 e PD/BD/113664/2015



Sessão Plenária III, dia 18 de março, das 16h00 às 18h00

## ÂNGULO DE FASE COMO PREDITOR DE MORTALIDADE E MORBILIDADE EM DOENTES INTERNADOS

Rosária Rodrigues<sup>1</sup>; InêsTiago<sup>2</sup>; Ana Mouta<sup>3</sup>; Eliane Afonso<sup>3</sup>; Teresa Gomes<sup>3</sup>; Domingos Fernandes<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Nutricionista e Diretora do Serviço de Nutrição e Alimentação; Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.; <sup>2</sup>Estagiária de Lic. em Ciências da Nutrição da Un. Católica do Porto; <sup>3</sup>Nutricionista; Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.; <sup>4</sup>Médico Intensivista e Director Clínico dos Cuidados Hospitalares da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

**Tema:** Controlo e melhoria de qualidade dos cuidados

**Introdução:** A prevalência de desnutrição é muito elevada nos doentes internados, pelo que a procura de marcadores nutricionais e de métodos quantitativos, além de sintomas clínicos já instalados, que possam sinalizar os doentes em risco nutricional e que permitam intervir atempadamente de modo a evitar as complicações da desnutrição proteico-energética permanece um tema de grande relevância hoje em dia. A avaliação da composição corporal é de grande importância na avaliação do estado nutricional, consistindo na medição de componentes individuais tais como água, gordura, osso e músculos. A Bioimpedância (BIA) tem sido um método amplamente utilizado para estimar a composição corporal e o estado nutricional em diversas populações de doentes. A desnutrição é caracterizada pela diminuição da massa celular e alguns estudos relatam que nos doentes desnutridos apresentam diminuição da massa celular e do ângulo de fase. O ângulo de fase (AF) é uma medida direta da estabilização das células e reflete a contribuição de fluídos e membranas celulares do corpo humano e é interpretado como indicador de integridade da membrana e preditor de massa celular corporal. Em estudos de revisão recentes, acerca da utilização do ângulo de fase na prática clínica, pode constatar-se que existem evidências quanto à sua confiança e relevância clínica bem como à sua importância como indicador de prognóstico, de sobrevivência e marcador nutricional em diversas situações clínicas, nomeadamente em doentes hospitalizados, críticos, HIV, neoplasias, insuficiência renal crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica, cirrose hepática e sépsis.

**Objetivo:** Avaliação do AF, através da BIA, na admissão hospitalar, de doentes internados e estudar este marcador nutricional como preditor de morbilidade (duração do internamento e reinternamento em 30 dias) e mortalidade (em 6 meses após a admissão hospitalar).

**Metodologia:** Estudo de investigação de carácter analítico, observacional e transversal realizado em novembro de 2015. Foram seleccionados, aleatoriamente 107 doentes internados nos serviços de medicina, ortopedia e cirurgia. Foi avaliado o AF através da aplicação do BIA, a quando da admissão dos doentes. Passados 6 meses do início do estudo foram ainda recolhidos os dados retrospectivamente relativos à readmissão a 30 dias na unidade hospitalar (em dias) e tempo até ao óbito (em meses).

**Resultados:** O estudo inclui 107 doentes (66 homens e 41 mulheres), com uma média de idades de  $72 \pm 12,2$  anos, encontrando-se internados: 38,3% na medicina, 29% na cirurgia e 32,7% na ortopedia. Cerca de 21,5% dos doentes eram diabéticos. A média do AF foi de  $5,59 \pm 1,78$  (Homem:  $5,42 \pm 1,56$ ; Mulheres:  $5,11 \pm 1,71$ ). Cerca de 17,8% (19 doentes; 10 H e 9 M) dos doentes apresentavam AF  $< 4^\circ$ . A amostra foi dividida em tercis de AF, verificando-se que os doentes com AF mais baixo foram os que tiveram internamentos mais prolongados (AF  $< 4,5$ :  $24,7 \pm 9,7$  vs. AF 4,5-5,8:  $16,4 \pm 15,4$  vs. AF  $> 5,9$ :  $13,1 \pm 12,7$ ; dias internamento  $p < 0,05$ ) e onde se verificou maior número de óbitos (AF  $< 4,5$ : 11 vs. AF 4,5-5,8: 1 vs. AF  $> 5,9$ : 1; n de óbitos;  $p < 0,01$ ). Não foram encontradas diferenças significativas no que respeita à readmissão em 30 dias. O AF correlaciona-se negativamente com o tempo de internamento hospitalar ( $r = -0,38$ ;  $p < 0,01$ ). De acordo com a análise de Mantel-Haenszel, o ângulo de fase inferior a  $4^\circ$  foi considerado um preditor de mortalidade nesta amostra (HR: 6,0; 95%CI 0,054 a 0,65;  $p < 0,05$ ).

**Conclusão:** Neste estudo confirmou-se a relevância do ângulo de fase como fator preditivo de sobrevivência e como bom indicador de prognóstico em doentes internados. Assim, o AF poderá ter um papel importante para avaliar sinais clínicos e monitorizar a progressão da doença de doentes internados e ainda no seguimento de doentes com doenças progressivas, de forma a uma melhoria da qualidade dos cuidados.

## DEMÊNCIA AVANÇADA EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA: BARREIRAS À REFERENCIAÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS

<sup>1</sup>Rui Vilaça; <sup>2</sup>Graça Terroso; <sup>3</sup>Sílvia Patrícia Coelho

<sup>1</sup>Enfermeiro no Serviço de cardiologia do Hospital de Braga; <sup>2</sup>Enfermeira no Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital da CUF – Porto; <sup>3</sup>Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto

**Tema:** Cuidados Paliativos em doentes não oncológicos

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos desempenham um papel crucial no cuidado da pessoa com demência avançada e no apoio aos seus familiares e cuidadores. Têm como objetivo o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, proporcionando a melhor qualidade de vida possível. A incapacidade funcional, vulnerabilidade e co-morbilidades que acompanham a evolução da demência, são as principais causas que levam, estes doentes, a recorrerem ao serviço de urgência. Em Portugal, as demências são uma das principais razões da afluência, aos serviços de urgência de pessoas com mais de 64 anos. Assim, é emergente a referenciação destes doentes para equipas de Cuidados Paliativos, proporcionando cuidados holísticos e especializados, possibilitando um plano de cuidados direcionado às necessidades e desejos dos doentes portadores de demência. Os Cuidados Paliativos devem estar presentes desde o momento do diagnóstico, ou quando surgem os primeiros sintomas ou necessidades, e na prevenção e antecipação de problemas previsíveis. Também poderão ser a melhor resposta ao longo de todo o processo, sendo que as medidas curativas e paliativas devem coexistir em parceria, podendo as intervenções paliativas intensificarem-se, acompanhando a degradação e avanço da demência. A proporção e a transição, exclusivamente para Cuidados Paliativos deverá ser gradual e individualizada.

**Objetivo:** Identificar as barreiras à referenciação dos doentes com demência avançada que recorrem ao Serviço de Urgência (SU), para acompanhamento em equipas de Cuidados Paliativos.

**Material e métodos:** Revisão bibliográfica através da pesquisa realizada na base de dados “B-on”, durante o mês de dezembro de 2016, com as palavras-chaves *palliative care, referral, barriers, advanced dementia, emergency room*. De um total de 91 artigos foram selecionados 7. Critérios de Inclusão: Artigos com limite temporal de 5 anos, em texto integral e revisto por especialistas. Critérios de exclusão: Documentos repetidos e ausência de adequação do resumo, ao tema da pesquisa.

**Resultados:** Apenas um artigo aborda especificamente as barreiras à articulação entre serviço de urgência e Cuidados Paliativos, do doente com demência avançada. Este estudo evidencia que segundo a maioria dos médicos inquiridos, os Cuidados Paliativos não são apropriados para os doentes com demência avançada. As atitudes, conhecimentos e crenças, dos médicos do SU, são apontadas como grandes influenciadoras da não referenciação destes doentes. Um número reduzido de médicos salientou ainda, a falta de tempo para iniciar a referenciação assim como, para a conversa que deverá anteceder este processo. Outros estudos apontam indiretamente, razões como: a crença de que os Cuidados Paliativos devem ser planeados em doentes em contexto de internamento; a subvalorização e não referenciação de casos que não tenham patologia oncológica de base, e a confusão que existe muitas vezes, entre Cuidados Paliativos e cuidados terminais. Outros artigos abordam de uma forma generalista, a articulação de doentes com doenças crónicas no SU, com os Cuidados Paliativos. As principais razões apontadas para a não referenciação são: A falta de tempo e de privacidade do SU, que se relacionam com a falta de condições logísticas para a articulação (estruturais e funcionais); a não existência de uma relação terapêutica sólida; a falta de uma história clínica completa do doente que recorre ao SU; a diferença de mentalidades entre medicina de urgência/emergência e medicina paliativa associada com a falta de sensibilidade dos profissionais do SU para os Cuidados Paliativos.

**Conclusão:** A maioria dos doentes com demência avançada que recorrem aos serviços de urgência, não são precocemente referenciados para acompanhamento por Cuidados Paliativos. A percepção de que estes doentes não se enquadram na filosofia dos Cuidados Paliativos, é a principal razão apontada nos estudos analisados. Apesar de existirem evidências consideráveis em relação aos Cuidados Paliativos, é necessária mais investigação sobre a gestão destes cuidados, nas pessoas com demência avançada e de mais estudos, que aprofundem melhor a temática da doença mental e a sua associação com Cuidados Paliativos. A aplicação de ferramentas que auxiliem os profissionais, dos serviços de urgência, na referenciação poderá ser facilitador para a referenciação precoce, dos doentes com demência avançada para equipas de Cuidados Paliativos.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, referenciação, barreiras, demência avançada, serviço de urgência.



## ABORDAGEM ÉTICA AO USO DE ANTIBIÓTICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Sandra Martins Pereira<sup>1</sup>; Patrícia Joana de Sá Brandão<sup>2,1</sup>; Joana Araújo<sup>1</sup>; Ana Sofia Carvalho<sup>1</sup>; Pablo Hernández-Marrero<sup>1</sup>

Em nome do Projeto InPall: Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos

<sup>1</sup>Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto e UNESCO Chair in Bioethics, Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal; <sup>2</sup>Advance Pharmacy, Dublin, Irlanda.

**Tema:** Ética/Bioética

**Introdução:** O uso de antibióticos em Cuidados Paliativos (CP) levanta questões éticas em torno da intencionalidade da sua prescrição e administração e dos potenciais riscos/danos que podem provocar a doentes em fim de vida. Diversos estudos têm caracterizado e descrito o uso de antibióticos em CP, contudo, carecem reflexões, empírica e eticamente sustentadas e robustas, quanto às questões éticas que emergem neste domínio.

**Objetivos:** (1) Identificar e caracterizar artigos especificamente focalizados ao tema do uso de antibióticos em CP. (2) Rever e analisar criticamente o enquadramento ético do uso de antibióticos em CP.

**Material e métodos:** Revisão sistemática de literatura, cf. recomendações PRISMA 2009, nas seguintes bases de dados: PubMed, Web of Science, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database e EBSCO. Termos de pesquisa: *Antibiotic AND Palliative Care AND ethics no [Title/Abstract]*. Critérios de inclusão: artigos que versassem aspetos éticos do uso de antibióticos em CP, em língua inglesa, com texto completo e referências disponíveis. A seleção e análise de artigos foi feita, de modo independente, por dois membros da equipa de investigação deste estudo.

**Resultados:** Dos 38 artigos encontrados a partir dos termos de pesquisa, somente 5 reuniam os critérios de inclusão e foram considerados para análise. Características destes artigos: Dos 5 artigos incluídos para análise, 2 tratavam-se de estudos observacionais de cariz quantitativo (1 com recurso à análise retrospectiva de processos clínicos e 1 mediante aplicação de um questionário junto de médicos de lares de idosos), 1 consistiu na análise documental de registos farmacêuticos; 1 referia-se a uma revisão de literatura sobre o tema, e 1 consistiu na descrição dum caso clínico. Quanto à origem dos artigos, a maioria (3)

foi realizada nos Estados Unidos da América; os restantes 2 artigos foram desenvolvidos na Europa (Holanda:1; Alemanha:1). Em termos de anos de publicação, 1 artigo foi publicado em 2002, 2 em 2009, 1 em 2010 e 1 em 2016. Enquadramento ético do uso de antibióticos em CP: A partir da revisão dos 5 artigos incluídos para análise, verifica-se uma preponderância do principialismo (princípios éticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) na reflexão e discussão ética do tema. A maior preocupação ética parece ser a falta de tempo para refletir e deliberar em torno de medidas que prolonguem a vida e a administração de antibioterapia separadamente. A capacidade de prognosticar parece assumir um particular relevo no processo de tomada de decisão.

**Discussão:** A prescrição e administração de antibióticos em CP, particularmente quando perante doentes em processo de fim de vida, coloca desafios e questões éticas. Estes têm sobretudo a ver com a intencionalidade do ato (prolongar a vida versus promover conforto) e/ou com o facto de a administração servir um propósito distinto daquele para o qual o antibiótico foi criado. Não obstante, e pese embora a crescente literatura sobre o uso de antibióticos nesta área de cuidados, a reflexão ética sobre o tema parece reduzir-se ao principialismo (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça). O tempo inerente ao processo de deliberação/decisão e a capacidade de definir um prognóstico correto parecem constituir-se como preocupações centrais.

**Conclusões:** O uso de antibióticos em CP, particularmente na fase final de vida, levanta questões éticas e parece ser enformado, na atualidade, pelo principialismo. Face ao exposto, denota-se premência de desenvolver investigação bioética e empírica sobre este tema, de modo a melhorar o processo de deliberação e decisão ética relativo ao uso de antibióticos em CP.

Agradecimentos: Fundação Grünenthal e Fundação Merck, Sharpe and Dohme.

## SESSÕES PARALELAS

Sessão Paralela I, dia 18 de março, das 11h30 às 13h00

### PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS NO INTERIOR NORTE DE PORTUGAL: DOIS CASOS CLÍNICOS

Cláudia Alves; Ana Gonçalves; Sara Regente

*Unidade Domiciliária Cuidados Paliativos Terra Fria*

**Tema:** Cuidados Paliativos em crianças e adolescentes

**Introdução:** Existem carências no apoio aos doentes e famílias, caso desejem regressar ao domicílio, sobretudo nas regiões rurais do interior do país. Esta situação é ainda mais complexa em doentes pediátricos, sendo solicitadas as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) de adultos para prestar apoio. Assim, consideramos oportuno partilhar a experiência com 2 casos assistidos pela nossa ECSCP de forma a alertar e informar outros profissionais de Cuidados Paliativos (CP).

**Objetivo:** Descrição de dois casos clínicos pediátricos em contexto de Cuidados Paliativos domiciliários.

**Método:** Descrição e discussão narrativa.

**Resultados:** Caso clínico 1: A., sexo masculino de 8 anos, diagnóstico de Astrocitoma Anaplásico do tronco cerebral com metastização supratentorial, antecedentes irrelevantes. Referenciado para a ECSCP para regresso ao domicílio em fase paliativa. História de doença atual: 2 internamentos em cuidados intensivos perfazendo 50 dias. Fez 8 ciclos de quimioterapia oral com temozolamida e 5 sessões de radioterapia. Na admissão: ECOG 4, PPS 20. Neurologicamente, prostrado, com tetraparesia e espasticidade dos membros superiores e inferiores com mioclonias. Reativo a estímulos verbais e dolorosos. Sintomas: Secreções, astenia e anorexia. Intervenções efetuadas: Gestão regime terapêutico, aspiração de secreções, cuidados com sonda nasogástrica. A nível psicológico: Situação complexa por luto devido a falecimento da mãe nos meses prévios, irmã de 12 anos e recusa por parte do pai em receber acompanhamento. Estabeleceu-se articulação com o serviço de internamento de Pediatria em situação de últimos dias, vindo a falecer ao 3º dia de internamento e 9 dias após referenciação à ECSCP. Caso clínico 2: S., sexo masculino de 17 anos, diagnóstico de tumor indiferenciado do tronco cerebral, sem antecedentes relevantes. Após 128 dias de internamento, foi referenciado para a ECSCP para

acompanhamento no domicílio. Realizou 8 ciclos de quimioterapia oral com temozolamida e 30 sessões radioterapia. Realizada conferência familiar presencial com os pais, prévia à transferência. Na admissão: ECOG 3, PPS 30. Neurologicamente, tetraparesia flácida, atingimento dos pares cranianos, sequelas motoras oculares e da língua. Insuficiência respiratória com necessidade de traqueostomia, ventilação não invasiva e PEG. Sintomas: secreções, dor, astenia, nistagmo e humor depressivo. Intervenção da equipa multidisciplinar: cuidados médicos e de enfermagem, acompanhamento psicológico, apoio social e fisioterapia. Atualmente: estudos imagiológicos demonstram estabilização da doença e melhoria gradual da PPS.

**Discussão:** Segundo temos conhecimento, esta é a primeira descrição de CP Pediátricos prestados por uma ECSCP de adultos, numa região rural no interior norte de Portugal. Como desafios, identificámos a falta de formação dos profissionais da ECSCP em CP pediátricos, a referenciação tardia no primeiro caso, não permitindo a gestão antecipada das situações complexas. Outro desafio identificado é a complexidade da situação familiar, a nível psicológico caracterizado por processos de luto antecipado e gestão de expectativas. Importa realçar a necessidade de existirem ferramentas de redução de desgaste emocional para os profissionais de saúde. Identificámos a relação entre os serviços de internamento e os serviços de apoio domiciliário como uma mais valia, permitindo o apoio em momentos de agudização clínica. A realização da reunião familiar no segundo caso, poderá ter contribuído para o ajuste de objetivos e expectativas entre a família, o doente e da ECSCP. **Conclusões:** A experiência e competências adquiridas no seguimento destes casos bem como a articulação eficaz entre serviços foram pontos fortes. Entendemos necessários mais estudos em CP pediátricos de forma a colmatar os desafios de formação de profissionais e da complexidade pediátrica.

### CUIDADOS PALIATIVOS NA DOENÇA PULMONAR TERMINAL: DESAFIO OU OPORTUNIDADE? DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Maria Eduarda Afonso Figueira; Maria José Santos Gomes; Maria de Lurdes Rodrigues Pradinhos; Zélia Maria Lopes; Paula João Matos; Teresa Alzira Ramos Alves

*Unidade Local de Saúde do Nordeste - Unidade de Cuidados Paliativos de Macedo de Cavaleiros*

**Tema:** Cuidados Paliativos em doentes não oncológicos

**Introdução:** Os crescentes acessos aos Cuidados Paliativos (CP) por



parte de doentes não oncológicos, leva os serviços a depararem-se com novos desafios: Desde o controlo sintomático à abordagem psico-socio-espiritual. As doenças pulmonares terminais são complexas, dificultando a abordagem clínica, o acesso aos serviços e ao prognóstico. Estas dificuldades resultam num descontrolo sintomatológico e numa utilização de recursos de saúde desadequados.

**Objetivos:** Descrever o caso clínico de doente com patologia pulmonar terminal; Reflexão crítica, de forma a melhorar e a fortalecer novas abordagens.

**Métodos:** Caso clínico.

**Resultados:** Feminino de 77 anos de idade, dependente parcial, a residir com o marido e filha. Diagnóstico de Fibrose Pulmonar Idiopática em Estádio Terminal. Antecedentes patológicos de hipertensão arterial, diabetes mellitus II, insuficiência cardíaca, doença renal crónica estágio CKD3, obesidade, dislipidemia, fratura cominutiva de L1 com tratamento conservador e síndrome ansiedade/depressivo. História de múltiplas admissões em internamentos no hospital de agudos, devido ao agravamento da dispneia, (8 recorrências em 2011, 6 em 2012, 11 em 2013 e 6 em 2014), nos últimos dois anos fez 5 ciclos de antibioterapia, até à referenciação na equipa intra-hospitalar de suporte em CP (EIHSCP). Após a referenciação, em 12/07/2014, na primeira reunião familiar com equipa e a Medicina Interna, foi abordado o diagnóstico, prognóstico, progressão da doença, identificadas necessidades de apoio sintomatológico, psico/socio/espiritual a doente e cuidadores, planeamento de cuidados e identificado o domicílio como local de morte preferido. Acompanhamento diário nos 14 dias de internamento, com transferência para a Equipa Comunitária de Suporte dos C. P. (domicílio) onde permaneceu 43 dias. Foi admitida a 09/09/2014 na Unidade de CP após exacerbação sintomática, onde permaneceu 38 dias, com readequação terapêutica e apoio psicológico e posterior transferência para a unidade de cuidados continuados integrados de longa duração. Sem novos episódios de urgência, faleceu em junho de 2015, um ano após a apresentação aos serviços de CP.

**Discussão:** As doenças pulmonares terminais colocam desafios complexos: o controlo da dispneia, a gestão da ansiedade, a adequação de intervenções e planeamento de cuidados. Neste caso clínico, a utilização recorrente do SU e internamento resultou em 242 dias (22,1%) de internamento hospitalar entre maio/2011 e julho/2014 (N = 1098 dias), com controlo sintomático, psicológico e socio-espiritual aquém do esperado. Foi com a intervenção inicial da EIHSCP e posterior re-

ferenciação a ECSCP e UCP que se atingiu o controlo sintomático, a estabilidade psico-socio-espiritual e a utilização mais adequada dos serviços, tendo em conta o estágio avançado da doença, registaram-se zero dias de internamento em hospital de agudos e zero recorrências ao SU após intervenção de CP. Não foi possível fazer coincidir o local de morte da preferência com o local do falecimento (ULDM), reconhecemos que os CP poderão ter contribuído para potenciar o nº de dias passados fora de hospital de agudos, outcome cada vez mais reconhecido como útil na avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Contudo, entendemos pertinente, estudar qual o impacto efetivo das intervenções realizadas por CP, e analisar o impacto económico comparando o antes e o após à referenciação aos CP.

**Conclusão:** As doenças pulmonares, apresentam desafios complexos, decorrentes da sintomatologia, do prognóstico e da imprevisibilidade de agudizações. A índole holística dos CP poderá contribuir para minimizar o sofrimento, readaptar a utilização de serviços de saúde e incrementar o número de dias de permanência no domicílio. Contudo, mais estudos acerca do verdadeiro impacto clínico e económico são necessários.

## **CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DE PÉ DIABÉTICO: ENQUADRAMENTO E URGÊNCIA!**

Joana Rigor; Sara Pinto; Daniela Martins-Mendes, Consulta Multidisciplinar de Pé Diabético do CHVNG/Espinho EPE; Matilde Monteiro-Soares  
*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE CINTESIS - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*

**Tema:** Cuidados Paliativos em doentes não oncológicos

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos são cuidados prestados a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias. Têm como principal objetivo a promoção do seu bem-estar e da sua qualidade de vida (QV), através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais.

O tratamento de úlceras podológicas em sujeitos com Diabetes mellitus (DM) representa elevados custos para o SNS assim como uma importante diminuição na QV do indivíduo e familiares, devido a um conjunto de situações frequentemente associadas com esta patologia



como a dor persistente, mobilidade reduzida, limitação nas atividades sociais e relacionamentos. No entanto, é considerado que existem necessidades paliativas que poderão estar a ser descuradas no contexto de Pé Diabético em sujeitos com úlcera podológica (UPD) ativa e que a evidência que existe sobre o tópico é escassa.

**Objetivos:** Este estudo tem como objetivo descrever e salientar a urgente necessidade de Cuidados Paliativos estruturados nas consultas multidisciplinares de Pé Diabético.

**Material e métodos:** Foi realizada uma revisão da literatura produzida por ou em que uma consulta multidisciplinar de Pé Diabético tenha participado, extraindo informação pertinente para a caracterização da população e da necessidade de Cuidados Paliativos (n = 7). A informação recolhida focou-se no número de consultas, características demográficas e sociais da população, proporção de casos com UPD, tempo até cicatrização, proporção de amputações minor e major, mortalidade e qualidade de vida.

**Resultados:** A consulta multidisciplinar em estudo realizou 950 primeiras consultas num período de 3 anos. Em 606 casos (64%) o motivo de referência foi a presença de UPD. Em 41 casos (7%) hospitalização imediata foi necessária. Em 105 casos (17%) a UPD cicatrizou em < 3 consultas. Os restantes casos (65%) cicatrizaram após uma mediana de 120 dias.

Os diversos estudos descrevem uma população idosa (idade média ≥ 65 anos), maioritariamente com DM tipo 2 e baixa escolaridade (80% com educação de nível primário ou inferior). Mais de um quarto da população apresenta limitações físicas e/ou visuais.

Um estudo de coorte retrospectivo incluindo 644 sujeitos sem UPD ativa verificou que, após 3 anos de seguimento, 27% desenvolveu UPD, 3% necessitou de amputação minor, 3% amputação major e 14% morreram. Este estudo concluiu que a história de UPD prévia aumenta o risco de mortalidade, ajustando para a idade e número de complicações clínicas relacionadas com a DM. Noutro estudo, incluindo 293 sujeitos com UPD ativa a mortalidade a 3 anos aumentou para 30%. As causas mais frequentes de mortalidade foram por doença cardiovascular, infeção e neoplasia.

Um estudo multicêntrico incluindo 108 utentes com DM tipo 2 que realizaram cirurgia para amputação de algum segmento do membro inferior, 103 primeiras amputações e 72 com história de amputação prévia, concluiu que houve uma diminuição da QV relacionada com a saúde entre o momento antes e depois da cirurgia no que concerne

ao campo físico, mesmo quando ajustado para variáveis sócio-demográficas e clínicas.

**Conclusões:** O contexto de consulta multidisciplinar Pé Diabético é caracterizado por uma população idosa e vulnerável, em alto risco de desenvolver UPD. O aparecimento de UPD deve ser considerado como uma condição em fase avançada e progressiva, com tendência à cronicidade, que afeta a QV e a esperança média de vida. Contudo, as componentes psicológica, social e espiritual que compõem a definição de Saúde têm sido negligenciadas. É urgente alertar para esta situação e para a criação de colaborações com os Serviços de Cuidados Paliativos de forma a modificar este paradigma.

Matilde Monteiro-Soares financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT)-SFRH/BD/86201/2.

Sessão Paralela II, dia 18 de março, das 11h30 às 13h00

## USO DE DADOS DE MORTALIDADE PARA MELHORAR OS CUIDADOS EM FIM DE VIDA

Bárbara Gomes; Maja de Brito; Vera Sarmento; Ana Lacerda; Maria J. Pinheiro; Rodrigo Liberal; Marília Dourado; Edna Goncalves; Pedro L. Ferreira; Irene J. Higginson

*Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina King's College London, Cicely Saunders Institute Hospital do Espírito Santo de Évora, Serviço de Medicina 2 Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Serviço de Pediatria Universidade NOVA de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública King's College London, Institute of Liver Studies Centro Hospitalar São João, Departamento de Gastroenterologia e Hepatologia Centro Hospitalar São João, Serviço de Cuidados Paliativos Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)*

**Tema:** Epidemiologia

**Introdução:** Os cuidados em fim de vida são uma prioridade em saúde sobre a qual existe pouca investigação. A utilização de estatísticas vitais é uma forma eficiente de maximização de informação disponível sobre toda a população. Permite saber mais sobre as necessidades e circunstâncias dos cuidados em fim de vida, sem implicar sobrecarga adicional para doentes e famílias.

**Objetivo:** Demonstrar como os dados de mortalidade podem ser utilizados em investigação com o intuito de melhorar os cuidados em fim de vida.

**Material e métodos:** Apresentamos vários estudos populacionais realizados nos últimos seis anos em Portugal. Discutimos o valor, li-



mitações e considerações práticas do uso de dados oficiais de mortalidade (derivados de certificados de óbito) para estudar tendências temporais, diferenças regionais, fatores associados a variáveis de interesse e sub-grupos de doentes.

**Resultados:** No total, os nossos estudos incluem mais de 2,6 milhões de pessoas falecidas entre 1987 e 2013. A análise de tendências e projeções alertou para o marcado envelhecimento da população e crescente morte hospitalar, tanto em adultos como em crianças. Estimámos a prevalência de necessidades paliativas no país (70,7% da mortalidade adulta, 27,2% da mortalidade pediátrica), aplicando métodos internacionalmente aceites. Identificámos fatores associados a morte no hospital ou no domicílio, sendo a idade, causa de morte e região os mais importantes. Os dados possibilitaram ainda estudos de vários sub-grupos de doentes falecidos por doenças respiratórias, doenças do fígado, esclerose lateral amiotrófica, cancros hematológicos e orais. O desconhecimento da causa de morte em cerca de 10% dos casos, a crescente comorbilidade e a restrita classificação de local de morte são limitações a considerar.

**Conclusões:** Os dados de mortalidade têm grande valor para a melhoria dos cuidados em fim de vida mas a sua utilização requer cuidado e rigor científico. Fazemos 10 recomendações práticas para estudos futuros, incluindo consideração da relevância clínica, organizativa e estatística na seleção de grupos de interesse e análise; a quantificação dos dados omissos e análise de eventual impacto nos resultados; e consideração das mudanças na classificação de local de morte após a introdução do SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito), obrigatória a partir de 1 de janeiro 2014.

### **METHODOLOGICAL LESSONS FROM A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL ON EXERCISE IN A PALLIATIVE POPULATION WITH CANCER**

Catarina Ribeiro<sup>1,2</sup>; Rui Santos<sup>3</sup>; Bárbara Gomes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Palliative Care, Policy & Rehabilitation, Cicely Saunders Institute, King's College of London, United Kingdom; <sup>2</sup>Serviço de Oncologia médica, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal; <sup>3</sup>Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal

**Tema:** Metodologia de Investigação

**Background:** There is the need for new interventions to be explored as therapeutic weapons or supportive care strategies in palliative care. Randomized controlled trials (RCTs) are usually considered the best study design to determine the effectiveness of complex interventions,

as supported by the Medical Research Council (MRC). However, there are several particularities in designing and conducting RCTs with palliative patients. With this work, we aimed to describe the challenges faced during the planning and implementation of a RCT in a Portuguese palliative population with advanced cancer, and discuss implications for future research.

**Methods:** Our study was a three arm RCT testing the feasibility of home vs. hospital based supervised resistance training (RT) compared with standard care in adults with advanced cancer. RT was similar in both intervention arms and consisted in sessions of 60', 3 weekly, 12 weeks. Patients were recruited on the first oncology appointment, with a proposed sample size of 15 and a follow up/intervention period of 3 months. The RCT was conducted in a general hospital in Lisbon, in 2016. We hereby report the recruitment rates, attrition, adherence (proportion of sessions completed), acceptability (proportion of exercises done within each session) and safety (number of adverse events) of the intervention.

**Results:** A total of 68 patients were screened of which 15 (22.1%) were included and randomized into one of the 3 study arms. Of the 53 patients considered ineligible, 37 did not meet the inclusion criteria, 4 declined participation, 6 were physically incapable of participating on the intervention, 3 were considered to be at high cardiovascular risk, 1 had bone metastasis in risk of fracture and 1 had done chemotherapy due to another cancer on the previous month.

The median age was 68 (45-76) and 46.7% were females. All patients had metastatic lesions and all received anticancer systemic therapy during the study period.

At the end of the study period (3 months after enrolment for each patient), an attrition rate of 53.3% (8/15 participants) was reported (1 patient died, 4 dropped out due to symptoms aggravation in relation to disease progression and 2 due to symptoms in relation to chemotherapy toxicities). The adherence rates to the total number of RT sessions proposed for the study was 49.0% at home vs. 8.8% on the hospital ( $p < 0.001$ ). In regards to acceptability, 93% (1650/1767) of exercises within sessions were completed at home, compared to 95% at hospital (398/418,  $p = 0.179$ ).

No adverse events were registered.

**Discussion:** In this RCT, the tested RT program was considered acceptable and safe for advanced cancer patients, but with significantly better adherence when conducted at home. However, adherence to

*the RT program was low in both groups. The recruitment rate was 22% and attrition rate was 53.5% on a 3-month period.*

*This is, to the best of our knowledge, the first RCT conducted in Portugal with exercise interventions in a palliative population. It was also the first RCT to compare the feasibility of RT in home vs. hospital in advanced cancer, which is particularly relevant as most similar interventions are conducted in hospitals whereas home is the preferred place of care for palliative patients.*

*Some limitations of the study include the high attrition, which may reflect the vulnerable health state of the population with advanced cancer. This may lead to bias due to differential dropouts, limiting the internal validity study. Also, the low adherence observed contrasts with higher rates reported in literature in patients with comparable diagnosis and disease stages. A factor that may have contributed is the lack of awareness and exercise habits of the Portuguese population.*

**Conclusion:** *RT was safe and more feasible when conducted at home. However, the adherence to RT was low and attrition rates were high, which needs to be taken into account when planning future research. ClinicalTrials.gov NCT02930876*

Sessão Paralela III, dia 18 de março, das 14h00 às 15h30

## **MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS NO INTERIOR NORTE PORTUGUÊS: QUE REALIDADE? DESCRIÇÃO DE CASUÍSTICA E ABORDAGEM CRÍTICA DE RESULTADOS**

Cristina Nunes; Natália Ledesma; Sandra Linhares; Vera Preto; Irene Barros; Prudência Vaz

Unidade Local de Saúde do Nordeste

**Tema:** Organização/gestão de serviços

**Introdução:** Com a criação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), a formação, sensibilização e vigilância epidemiológica de microrganismos multirresistentes (MMR) é uma preocupação crescente em Portugal. Contudo, a evidência entre os programas de vigilância microbiológica e as unidades de internamento de CP permanece escassa. Assim, consideramos pertinente descrever a casuística de MOMR numa unidade de CP no interior norte de Portugal, de forma a alertar informar outros profissionais em funções semelhantes.

**Objetivos:** O objetivo principal é descrever a casuística de doentes

colonizados ou infetados por microrganismos multirresistentes numa unidade de CP. Secundariamente, pretendemos abordar criticamente os resultados.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo.

**Resultados:** Entre 06/2014 e 12/2016, foram identificados N = 15 episódios de internamento associados a microrganismos multirresistentes, num total de 13 doentes com idade média de 78.2 anos (min 46, máx. 90, mediana 82, desvio padrão 14.5), sendo 8 masculinos e 5 femininos. Relativamente à proveniência: Internamento Medicina Interna n = 7; Serviço de Urgência n = 1; Cirurgia Geral n = 2, Ortopedia n = 1, Outros hospitais SNS = 2, domicílio = 1, Lar = 1. Em quanto ao número de internamentos prévios nos últimos 12 meses, em 4 episódios identificaram-se 3 internamentos prévios, em 5 episódios identificaram-se 2 internamentos prévios, em 3 episódios identificou-se um internamento prévio e em 3 episódios não existiam internamentos prévios. Quanto aos microrganismos identificados e existência ou não de infeção: Em 8 episódios identificou-se colonização por *Staphylococcus Aureus* resistente à metilina em zaragatoa nasal (colonização). Das infeções (n = 7/15): Em 3 episódios identificadas como associadas aos cuidados de saúde, em 2 episódios como nosocomiais e em 2 episódios como provenientes da comunidade. No subgrupo com infeções, os MOMR isolados foram *Acinetobacter Baumannii* (CVC); *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter cloacae* spp *cloacae* e *Escherichia coli* (pele e tecidos moles), *Klebsiella pneumoniae* (urinário). Dos quadros sépticos, n = 4 foram identificados como sepsis; n = 2 sepsis grave e n = 1 choque séptico.

**Discussão:** O número de doentes com isolamento de MOMR parece baixo. Tal poderá se explicado pela abordagem menos interventiva por parte de CP, apostada em intervir sobretudo no controlo sintomático e psico-socio-espiritual. O número de episódios com colonização, sem evidência de infeção é relevante (n = 8/15), sendo o MRSA o organismo mais identificado. Tal pode ser interpretado ante o alto número de internamentos hospitalares prévios (n = 12/15, 80%, tinham pelo menos 1 episódio de internamento nos últimos 12 meses). Como consequência, do subgrupo de infeções confirmadas, n = 3/7 associadas aos cuidados de saúde, n = 2/7 nosocomiais e apenas n = 2/7 foram provenientes da comunidade. A necessidade de colocar doentes portadores/infectados em isolamento pode ter um impacto relevante no contacto entre os familiares e doentes, exigindo formação e sensibili-



zação permanentes em contexto de UCP.

**Conclusões:** Segundo temos conhecimento, esta é das primeiras ca-suísticas a abordar a interface PPCIRA e uma unidade de CP. Assim, será necessária mais evidência de forma a sensibilizar, formar e criar ferramentas que possa simultaneamente garantir o controlo de MOMR e garantir a dignidade, o conforto e a qualidade de vida em doentes em contexto paliativo.

### **HOME PALLIATIVE CARE WORKS – BUT HOW? A META-ETHNOGRAPHY OF THE EXPERIENCES OF PATIENTS AND FAMILY CAREGIVERS**

Vera P. Sarmento; Marjolein Gysels; Irene J. Higginson; Bárbara Gomes  
*King's College London, Cicely Saunders Institute, Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, London, United Kingdom; Hospital do Espírito Santo de Évora, Department of Medicine, Évora, Portugal; Centre for Social Science and Global Health, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands*

**Tema:** Organização/gestão de serviços

**Introduction:** *Home is where patients with advanced life-limiting di-seases spend most of their last months of life and where most would prefer to die. Home palliative care services provide an effective inter-vention, doubling the odds for death at home and decreasing symptom burden. Nonetheless, evidence on how these services work is lacking.*

**Objective:** *To understand patients and family caregivers' experiences with home palliative care services, in order to identify, explore and integrate the key components of care that shape the experiences of service users.*

**Methods:** *We performed a meta-ethnography of qualitative evidence following PRISMA recommendations for reporting systematic reviews. The studies were retrieved in five electronic databases (Medline, EM-BASE, PsycInfo, BNI, CINAHL) using three terms and its equivalents ('Palliative', 'Home care', 'Qualitative research') combined with 'AND', complemented with other search strategies. We included original qua-litative studies exploring experiences of adult patients and/or their family caregivers (≥18 y.o.) facing life-limiting diseases with palliati-ve care needs, being cared for at home by specialist or intermediate home palliative care services.*

**Results:** *Twenty-eight papers reporting 19 studies were included, with an overall 814 participants. Of these, 765 were family caregivers and 90% were affected by advanced cancer. According to participants' ac-counts, there are two overarching components of home palliative care:*

*presence (24/7 availability and home visits) and competence (effective symptom control and skilful communication), contributing to meet the core need for security. Feeling secure is central to the benefits expe-rienced with each component, allowing patients and family caregivers to focus on the dual process of living life and preparing death at home.*

**Conclusions:** *Home palliative care teams improve patients and ca-regivers experience of security when facing life-limiting illnesses at home, by providing competent care and being present. These teams should therefore be widely available and empowered with the resour-ces to be present and provide competent care.*

### **ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: DESCRIÇÃO DE CASO CLINICO**

Maria João Rego de Castro; Rita Silva; Ana Rita Alves Lopes;  
Diana Pires Fernandes; Miriam Blanco; Eugénia Madureira  
*ULSNE*

**Tema:** Sintomas: Dor e outros sintomas

**Introdução:** Com a crescente acessibilidade de Cuidados Paliativos (CP) a patologias não oncológicas, são cada vez mais os doentes que se apresentam ou vêm a desenvolver encefalopatia. Designa-se de encefalopatia todas as condições que afetam a função cerebral. Sendo inúmeras as causas de encefalopatia (hipoxica, metabólica, estrutu-ral, iatrogénica, entre outras), sobretudo na fase avançada da doença, coloca-se ao clínico de CP o desafio de as identificar, revertendo as tratáveis e paliando as irreversíveis. Assim, entendemos pertinente descrever um caso clínico, abordando as diferentes causas de encefalopatia presentes.

**Objetivo:** Descrição de caso clínico e análise narrativa à abordagem de encefalopatia em CP.

**Métodos:** Descrição de caso clínico.

**Resultados:** Caso clínico: Masculino, 61 anos, previamente autóno-mo. Admitido em UCP a 23/06/16. História regressa: Diagnóstico de linfoma T em 07/14, realizou CHOP, MINE, ESHASP, gencitabina/dexa-metazona e alemtuzumab. Resposta não adequada a doença, reativa-ções de CMV com tratamento antiviral e hipogamaglobulinemia, com alterações de comportamento frequentes. Suspeita não confirmada de invasão tumoral SNC. Seguido por psiquiatria por dependência etílica, perturbações do sono e quadro depressivo com delírio de ruína. Com-plicações várias, nomeadamente sépsis com foco respiratório, Hipo-calcemia, hipomagnesemia, manifestações extrapiramidais decorren-

tes de medicação antipsicótica. Outros diagnósticos: SAOS sob CPAP, hipertireoidismo. Neurologicamente: Alectuado, despertável, lentificado, repetindo respostas simples. Acentuada rigidez e tremor grosseiro dos MS. Realizou RMN cerebral que despistou invasão tumoral SNC. Após correção hipoxia, hipomagnesemia e Hipocalcemia, com reajuste terapêutico de antipsicóticos, melhoria progressiva com controlo motor e redução do tremor, alta com ECOG 2 a 19/07/16.

**Discussão:** A abordagem da encefalopatia é desafiante em CP. Na fase avançada da doença, são inúmeras as causas que podem afetar a atividade do SNC. Neste caso, consideraram-se causas estruturais (invasão tumoral), metabólicas, hipoxia, infecciosa, iatrogénica e decorrentes das próprias patologias de base. Paralelamente, a encefalopatia têm um impacto negativo relevante na abordagem de outros profissionais de CP, impossibilitando frequentemente reabilitação, discussão de diagnóstico/prognóstico, apoio psico-socio-espiritual e criando grande ansiedade ao cuidador. Uma avaliação clínica sistematizada é fundamental, identificando causas tratáveis e não tratáveis, de forma a estabelecer uma abordagem coerente e progressiva. O acesso a MCTDs é, nestes casos, fundamental, limitando as intervenções em contexto domiciliário.

**Conclusão:** A abordagem da encefalopatia em CP é complexa, cabendo ao clínico uma abordagem sistematizada e progressiva na tentativa de identificar ou excluir causas potencialmente tratáveis. Tem ainda um impacto negativo na abordagem de outros profissionais de CP. Importa estudar de que formas pode ser abordada, de forma a mitigar o sofrimento e promover autonomia.

Sessão Paralela IV, dia 18 de março, das 14h00 às 15h30

## HEMORRAGIA DIGESTIVA EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO: UMA REALIDADE INABORDÁVEL? – DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Joana Martins; Liseta Gomes; Joana Freire; Daniela Coelho; Manuel Gonçalves; Diana Fernandes; Raquel Gil; Carmen Valdivieso; Eugénia Madureira  
*ULSNE*

**Tema:** Sintomas: Dor e outros sintomas

**Introdução:** Com a crescente acessibilidade a Cuidados Paliativos (CP) domiciliários (ECSCP) em Portugal, os profissionais de CP deparam-se com novas situações, muitas das quais desafiantes. O controlo sintomatológico urgente, nomeadamente de hemorragias altas e baixas de grande volume é frequentemente uma situação complexa, que

pode requerer admissão hospitalar. Assim, importa descrever o caso clínico numa ECSP, discutindo o seu impacto no local de morte e de permanência nos últimos meses de vida.

**Objetivo:** Pretende-se descrever um caso clínico, abordando criticamente o controlo de situações agudas, o seu impacto no local de morte e local de prestação de CP.

**Métodos:** Descrição narrativa de caso clínico.

**Resultados:** Caso clínico: Masculino, 61 anos, previamente autónomo, a residir no domicílio com a esposa. Antecedentes patológicos de transplante cardíaco em 2011, displasia arritmogénica do ventrículo direito, hipocoagulado e infeção por vírus da hepatite B crónica. Como diagnóstico principal, apresentava adenocarcinoma da próstata T3N1MX, submetido a prostatectomia radical retropúbica e linfadenectomia pélvica bilateral, assim como vários ciclos de quimioterapia e radioterapia. A RMN abdominal e pélvica de seguimento após 12 meses revelou progressão significativa da doença, com cintigrafia óssea a evidenciar doença óssea metastática disseminada. Proposto a ECSCP a 31/03/16 para controlo de dor óssea, com componente neuropático, astenia e anorexia, para além de quadro de dispneia em crescendo em contexto de progressão da doença. No decorrer do seguimento domiciliário, destaque para controlo da dor com doses altas de opióides, atingindo doses equianalgésicas > 400mg/dia de morfina por via oral. Necessidade de apoio psico-socio-espiritual frequente, que se cumpriu durante 8 meses, 26 consultas multidisciplinares e 56 contatos de enfermagem. A 12/10/16, tomada decisão em reunião de grupo de suspender terapêutica dirigida. Durante o acompanhamento, realizadas reuniões familiares para planeamento avançado de cuidados, discutida possibilidade de surgimento de sintomas de forma aguda, nomeadamente dispneia intensa e hemorragia digestiva alta/baixa (HDA/HDB) catastrófica. Primeiros sinais de HDA e HDB a surgir cerca de 2 meses prévios ao falecimento, instituídas terapêuticas consideradas adequadas e realizadas transfusões, assim como discutida possibilidade de suspender hipocoagulação, rejeitada pelos antecedentes cardiovasculares. A 24/10/16, surgimento de HDA e HDB de grande volume: tomada decisão de encaminhar a unidade hospital (UH) pelos limites de ação terapêutica no domicílio e ansiedade provocada no entorno. Termina por falecer após 24 horas de admissão na UH, em ambiente de serviço de urgência.

**Discussão:** Sendo o local de permanência um aspeto relevante na prestação de CP, onde se tenta garantir que os doentes permaneçam

no local de escolha o maior tempo possível, existem situações em que este não coincide com o local de morte, por razões clínicas inabordáveis em contexto domiciliário. Assim, importa avaliar a qualidade de prestação de CP primariamente com base em critérios clínicos (controlo da dor e outros sintomas, apoio psico-socio-espiritual), assim como com base no outcome de “dias passados no domicílio nos últimos meses de vida”, aspeto crescentemente reconhecido como ferramenta útil na avaliação de prestação de cuidados de saúde, incluindo CP. Neste caso, foi nas últimas 48 horas de vida que surgiu a situação mais complexa e a decisão de transferência para o hospital foi tomada, sendo que o paciente veio a falecer em meio hospitalar apenas 24 horas após a admissão.

**Conclusão:** Ainda que o local de permanência e morte sejam reconhecidos como importantes na prestação de CP, existem casos em que fazer coincidir os dois não é possível. Assim, importa avaliar a qualidade dos cuidados prestados também com base noutros outcomes.

## UTILIZAÇÃO DE OPIÓIDES NA DOENÇA AVANÇADA/TERMINAL NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGANÇA

Francisco Luis Centeno Pascual  
Santa Casa da Misericórdia Miranda do Douro

**Tema:** Sintomas: Dor e outros sintomas

**Introdução:** Em termos gerais os esquemas de tratamento da dor maligna devem ter em conta algumas considerações como identificar a causa da dor (uma percentagem muito elevada de doentes referem mais de uma localização e mais de uma causa); a analgesia deve ser feita de forma regular e individualizando as doses em cada doente; há que pensar sempre nos possíveis efeitos secundários dos medicamentos e anteciparmos a sua aparição e ter em conta outros possíveis condicionantes da dor (aspectos emocionais, psicossociais.); propormos objectivos realistas, utilizando de maneira escalonada os fármacos; monitorizar sempre e rever de forma sistemática e regular os tratamentos propostos.

**Objetivo:** Conhecer a utilização, pelos médicos de cuidados primários de saúde da Sub-Região de Saúde de Bragança, para alívio da dor nas doenças avançadas e/ou terminais daqueles fármacos que constituem a eleição segundo as recomendações da OMS, e das associações internacionais para a luta contra a dor e os Cuidados Paliativos.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo observacional de tipo transversal realizado mediante uma pesquisa de opinião através de um questionário, desenvolvido por o próprio autor do estudo em consonância com a informação recolhida na literatura e provada a factibilidade numa sub-amostra de 20 médicos de medicina geral e familiar da sub-região de saúde de Bragança.

**Resultados:** De um total de 105 questionários enviados ou entregados na própria pessoa foram respondidos 57, o que corresponde ao 59,85% do total de médicos da Sub-Região.

Do total de médicos que têm respondido, um 84,2% contam com mais 10 anos de experiência profissional, um 10,5% entre 5 e 10 anos e um 5,3% menos de cinco.

Um 49,1% têm recebido pelo menos uma formação acreditada específica da dor, um 10,5% duas formações, um 14,0% mais de 2 formações e um 26,3% não tem recebido nenhuma.

Deles um 17,5% têm formação básica (menos de 6 horas), e perto dum 9% formação avançada (mais de 20 horas) no tratamento da dor. Respeito dos casos de pessoas em situação terminal, atendidos pelos profissionais durante o último ano, temos que a grande maioria (71,9%) teve menos de 5 doentes, e somente um 7% teve mais de 10. Em quanto a frequência de apresentação de sintomas nestes doentes, encontramos que a dor representa o sintoma mais detetado (43,9% bastante frequência; 38,6% muita frequência) perante a outros como dispneia (14,4% bastante frequência; 7,0% muita frequência).

A dor é avaliada mediante escalas num 26,3% dos médicos perante a um 21,1% que não utilizam. A Escala Verbal é a mais utilizada.

Os fármacos opióides foram utilizados por 54,4% dos médicos dos quais o 93% faz a prescrição de forma pautada.

No que respeita à via de eleição um 66,7% utiliza a via oral perante a 12,3% que utiliza a via transdérmica. Um 8,8% utiliza a via endovenosa e somente um 1,8% utiliza a via subcutânea como alternativa a oral. Um 78,9% dos médicos prescreve doses em SOS mas só um 3,5% utiliza o mesmo fármaco pautado.

Um 87,7% dos médicos prescreve medicação para os efeitos secundários ou pelo menos fala com a família/doente dessa possibilidade.

No que respeita a prescrição de opióides perante a um doente concreto um 22,8% inicia tratamento com penso de fentanilo, um 50,9% morfina de libertação retardada, um 14% morfina de libertação rápida e 3,5% envia o doente para médico oncologista.

**Conclusões:** Uma percentagem baixa dos médicos respondedores

acreditam formação avançada na dor crónica maligna. Chama a atenção que estando a dor como sintoma mais prevalente somente a metade dos médicos que responderam ao inquérito utilizem opióides. Além disso é importante referir que iniciam o tratamento com morfina retardada ou com penso de fentanilo na maioria dos casos, pelo que os critérios alejam-se dos propostos pelos expertos (morfina rápida para a titulação da dor).

É importante sublinhar a avaliação da dor mediante escalas como forma de monitorar a dor num percentagem moderado, já que grande maioria não está a utilizar ou não tem respondido.

Por outra parte, parecem escassos os casos de doentes em situação terminal atendidos pelos médicos dos CSP, dado que não coincide com a realidade, o que faz supor que há um número elevado de doentes que não estão a ser seguidos ou que não são detetados.

É significativo que uma percentagem muito baixa dos médicos utiliza o mesmo medicamento pautado para realizar as doses em SOS, o que a está a contradizer as recomendações dos expertos.

Para finalizar praticamente todos os médicos pesquisados acha que seria bom fazer cursos de formação nesta área para um melhor atendimento dos doentes, o que concorda de pleno com as repostas no referente à utilização de opióides, doses e medicamentos em SOS, prevenção dos efeitos secundários.

## DOR NUMA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: AVALIAÇÃO, REGISTO E RESULTADOS

Rodrigo Moraes; Maria Ferreira; Elga Freire; Júlia Alves; Isabel Barbedo; Sara Silva; Joana Mirra; Margarida Santos  
*Centro Hospitalar do Porto*

**Tema:** Sintomas: Dor e outros sintomas

**Introdução:** A dor é o sintoma mais temido pelos doentes, reduzindo significativamente a sua qualidade de vida. A Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP) constatou que 90% dos doentes paliativos experimentam dor em algum momento da evolução da doença, constituindo um problema de proporções epidémicas. Cerca de 40% dos doentes hospitalizados em fase terminal têm dor moderada a severa nos últimos 3 dias de vida. A dor, embora constitua um sintoma francamente debilitante, limitador da qualidade de vida e causador de sofrimento, continua a ser subvalorizado pelos profissionais de saúde. Num estudo europeu realizado em 2009, através de um inquérito a doentes oncológicos, 33% consideraram que os médicos assistentes

não tinham tempo suficiente para abordar a dor e que 38% preferiam tratar a doença em vez da dor. Sendo a dor uma combinação de elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, o seu tratamento constitui um desafio.

**Objetivos:** Avaliar a dor dos doentes referenciados a uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) à data da referenciação e após a intervenção pela EIHSCP, às 48h.

**Materiais e métodos:** Através da análise dos registos específicos da EIHSCP nos processos clínicos, de todos os doentes referenciados nos anos de 2015 e 2016, foram selecionados os que mantinham dor de acordo com a Escala Numérica (EN) (pontuação superior ou igual a 1), apesar da terapêutica em curso. Nesse grupo de doentes foi avaliado o grau de dor, segundo a EN, à primeira observação pela EIHSCP e ao fim de 48h, após otimização dos cuidados e terapêutica.

**Resultados:** Dos 552 doentes referenciados à EIHSCP nos anos de 2015 e 2016, 161 mantinham dor à data da referenciação. Desses, 9 não foram incluídos no estudo uma vez que não foi possível realizar a re-avaliação da dor às 48h (6 por não colaboração, 2 por óbito e 1 por estado agónico). Em 14 dos restantes doentes (9,2%) verificou-se agravamento da dor, seja por evolução natural da doença ou por insuficiência da terapêutica instituída. Destaca-se ainda a ausência de melhoria em 26 doentes, nos quais a mediana da dor era de 2 à primeira avaliação, o que se considera dor controlada (EN inferior a 4). Relativamente à primeira avaliação objetiva-se uma mediana de 5 pontos na escala numérica (média de 4,4) e na segunda avaliação uma mediana de 0 (média 1,36). À segunda avaliação 93 doentes (83%) ficaram com dor controlada e apenas 2 (1,8%) se mantiveram com dor severa (EN superior ou igual a 7).

**Conclusões:** Constata-se que a percentagem de doentes que mantinha dor à data da referenciação à EIHSCP (29,2%) não é tão elevada como a descrita na literatura. A formação e sensibilização dos profissionais por parte da EIHSCP, a existência de uma consulta de dor crónica onde alguns destes doentes já são acompanhados e a referenciação a Cuidados Paliativos (CP) por outros motivos são fatores que poderão explicar estes números.

Este estudo revela eficácia na redução da dor por parte da EIHSCP em apenas 48h, pretendendo demonstrar que tal é possível e que está ao alcance de todas as especialidades médicas e cirúrgicas. Existem casos em que a sintomatologia é demasiado complexa e persistente, e nessas situações o recurso aos CP é uma enorme mais-valia, mas



na maioria das situações é possível melhorar (e muito) os cuidados, de forma a minimizar o desconforto dos doentes.

Sendo o controlo eficaz da dor um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo essencial para a humanização dos cuidados de saúde, é fundamental alertar para este problema e investir nesta área. Este investimento não é apenas financeiro mas requer a formação e sensibilização de todos os profissionais de saúde.

## COMUNICAÇÕES LIVRES

Comunicações Livres I, dia 18 de março, das 11h30 às 13h00

### PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Nélia Gouveia Trindade; Cristina Conceição Moreira  
Hospital da Luz Lisboa - Unidade de Cuidados Paliativos

**Tema:** Controlo e melhoria de qualidade dos cuidados

**Introdução:** As úlceras por pressão são lesões localizadas na pele e/ou tecido ou estrutura subjacente geralmente sobre uma proeminência óssea, em resultado de pressão isolada ou combinada com fricção e/ou cisalhamento<sup>1</sup>.

Nos doentes em situação de doença paliativa, as úlceras por pressão podem ser comuns, devido a alterações relacionadas com a idade, falência da pele, diminuição da capacidade cicatricial, caquexia, desidratação e períodos de inatividade ou mobilidade limitada<sup>2</sup>. Da pesquisada efetuada sobre as úlceras por pressão nos doentes paliativos, verificou-se no estudo retrospectivo, realizado em Itália, que a prevalência foi de 22,9% e a incidência foi de 6,7%<sup>3</sup>.

**Objetivos:** Este estudo pretende analisar a incidência e prevalência das úlceras por pressão numa unidade de Cuidados Paliativos. Identificar as medidas implementadas para prevenir as úlceras por pressão e perceber o estado da úlcera no momento da alta.

**Material e métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo com recurso a análise estatística dos relatos das úlceras por pressão, notificadas durante o ano de 2016 numa unidade de Cuidados Paliativos.

**Resultados:** Durante o ano 2016 a unidade atendeu 470 doentes paliativos dos quais 51 doentes apresentaram úlceras por pressão, num total de 75 úlceras por pressão. A faixa etária mais frequente nestes

doentes foi entre os 80 e os 90 anos, com 35% dos doentes. Das 75 úlceras por pressão, 45 eram prévias ao internamento e 30 foram adquiridas na unidade. Significa então que a prevalência das úlceras por pressão nesta unidade foi de 10,9% e a incidência foi de 5,3%. Este registo está abaixo das incidências e prevalências evidenciadas em alguns estudos, em que a incidência foi de 10%<sup>4</sup>, e a prevalência oscilou entre 14% e 28%<sup>5</sup>.

Quanto ao risco de desenvolver úlceras por pressão, verificamos que 76% dos doentes com úlceras adquiridas na unidade, apresentava alto risco de desenvolver úlceras por pressão. Esta análise veio comprovar a necessidade de implementar medidas preventivas. Destas medidas, 80% dos doentes tinham colchão antiescaras, 48% tinha almofada antiescaras, a 82% dos doentes eram realizados alternâncias de decúbitos, 27% realizavam levante diário e a 14% dos doentes foram colocados apósitos hidrocelulares. Verificamos também que 33% das úlceras por pressão surgem nos primeiros 10 dias de internamento, 23% entre os 11 e os 20 dias, 20% entre os 21 e os 30 dias, 3% entre os 31 e os 41 dias, 17% entre os 41 e os 50 dias e 3% depois dos 50 dias de internamento. Quanto à localização anatómica das úlceras por pressão adquiridas na unidade, 37% eram localizadas na região sagrada, seguida do pavilhão auricular com 30% e restantes noutras localizações. Relativamente ao encerramento das úlceras por pressão adquiridas na unidade, constatamos que 40% foram encerradas por alta clínica do doente, 33% por óbito e 27% por cicatrização da úlcera por pressão. Quanto à evolução destas úlceras por pressão, 43% mantinham o mesmo estado, 43% estavam melhoradas e 13% agravaram o seu estado.

**Conclusões:** A implementação das medidas preventivas aos doentes internados numa unidade de cuidados paliativos, reduzem a incidência de úlceras por pressão, no entanto, haverá sempre uma percentagem de doentes que desenvolvem úlceras por pressão, relacionadas com a sua situação clínica e idade.

A análise pormenorizada dos doentes com úlceras por pressão, prévias ou adquiridas numa unidade de cuidados paliativos, permitiu concluir que a incidência e prevalência de úlceras por pressão nesta unidade revelaram melhores indicadores comparativamente com os dados evidenciados nos estudos consultados.

Bibliografia:

1. EPUAP (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. European Pressure Ulcer Advisory Panel. <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>



acedido a 21/01/2017.

2. Torrie, Burt Citation; Burt T. *Palliative care of pressure ulcers in long-term care. Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging.* 2013; 21(3):20-28.

3. Hendrichova, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliative Medicine* 2010; 24(7), 669–673.

4. Reifsnnyder J, Magee HS. *Development of pressure ulcers in patients receiving home hospice care. Wounds.* 2005;17(4):74-79.

5. Nenna M. *Pressure ulcers at end of life: an overview for home care and hospice clinicians. Home Healthc Nurse.* 2011;29(6):350-365.

## ABORDAGEM DE CUIDADOS PALIATIVOS NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: O ETERNO DESAFIO. DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Nilza Ferreira; Duarte Soares; Ana Gonçalves

*Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos - Terra Fria*

**Tema:** Cuidados Paliativos em doentes não oncológicos

**Introdução:** A abordagem da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) terminal (estadio GOLD D) permanece para os profissionais de Cuidados Paliativos (CP) como um dos maiores desafios, independentemente do contexto (ECSCP, UCP, EIHS CP). A dispneia, a astenia, anorexia e as secreções podem ser sintomas de difícil controlo, mesmo com uma abordagem precoce, atempada e multidisciplinar. Assim, partilhamos caso clínico de um departamento de CP no interior norte português, com o objetivo de informar e alertar outros profissionais que se deparem com situações semelhantes.

**Objetivo:** Descrever caso clínico de doente com DPOC estadio GOLD D de discutir criticamente os seus desafios.

**Métodos:** Descrição de caso clínico.

**Resultados:** Caso clínico – Masculino, 64 anos, autónomo, a residir com a família. Diagnóstico principal de DPOC com predomínio enfisematoso, estadio GOLD D, abordado com terapêutica corticoide e broncodilatadora máxima, benzodiazepinas e doses crescentes de opióides, via transdérmica, oral e subcutânea. Insuficiência respiratória tipo II severa com acidemia, com necessidade de suplemento O<sub>2</sub> permanente e componente de SAOS com recurso a VNI noturno. Até a data de referenciação a ECSCP, destaque para n = 18 episódios de urgência (SU) dos quais resultaram 11 internamentos, contabilizando-se 163 dias em hospital de agudos, num período compreendido entre out 2015 e agosto 2016 (334 dias). Referenciado a ECSCP a 12/08/2016, realizada reunião familiar inicial com adequação de objetivos e expectativas terapêuticas, feita reabilitação e feitas diligências de pre-

paração para o luto. Desde a referenciação, registo para apenas 2 novos episódios de urgência por exacerbação infecciosa da patologia de base. Internamento a UCP a 15/09/2016 com posterior falecimento a 17/10/2016.

**Discussão:** A evidência sobre intervenções que visem a mitigação dos sintomas decorrentes da DPOC terminal permanece escassa. Na dispneia, as intervenções farmacológicas são limitadas, sobretudo após tratamento das causas potencialmente reversíveis. Assim, importa aprofundar novas intervenções farmacológicas, não descurando igualmente intervenções não farmacológicas como é o caso de ventoinhas portáteis e da psicoterapia, incluindo técnicas de relaxamento que possam ser aplicadas em contexto clínico. Consequentemente, o elevado número de recorrências ao SU (sendo este subgrupo identificado como utilizador frequente do SU) e o baixo número de referenciações a CP devem ser motivos de preocupação para os decisores políticos e institucionais. Intervenções específicas para este subgrupo de pacientes devem ser estudadas, incluindo o recurso a tecnologia de telemonitorização à distância. O impacto psicológico e espiritual para o doente e cuidadores devem ser igualmente valorizados.

**Conclusões:** Os doentes com DPOC terminal são desafiantes, tanto do ponto de vista clínico como psico-socio-espiritual, assim como em termos de utilização de recursos de saúde. Mais investigação sobre intervenções clínicas e não-clínicas são urgentes para este subgrupo de pacientes. Os CP podem apresentar-se como serviços diferenciadores na sua abordagem.

## ABORDAGEM DE PATOLOGIA MÉDICO – CIRÚRGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Rita Alves Lopes<sup>1</sup>; Rita Silva<sup>1</sup>; Maria João Rego de Castro<sup>1</sup>; Cristiana Batouxas<sup>2</sup>; Liseta Gomes<sup>3</sup>; Eugénia Madureira<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Interno de formação específica do Serviço de Medicina Interna da ULSNE – UH Bragança; <sup>2</sup>Assistente Hospitalar do Serviço de Medicina Interna da ULSNE – UH Bragança; <sup>3</sup>Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Cirurgia Geral da ULSNE com Competência em Medicina Paliativa; <sup>4</sup>Diretora do Serviço de Medicina Interna da ULSNE

**Tema:** Cuidados Paliativos em doentes não oncológicos

**Introdução:** Quando se fala em Cuidados Paliativos(CP) a associação com doença oncológica é inevitável, embora por definição, visem oferecer a máxima qualidade de vida ao indivíduo com doença avançada, incurável e progressiva, independentemente da sua etiologia. Os



avanços técnico-científicos da Medicina, e a melhoria das condições socio-económicas, traduziram-se nos últimos anos numa diminuição da mortalidade por doenças infecciosas, no aumento da esperança média de vida, no envelhecimento demográfico e, portanto, numa maior expressão de doenças crónicas. Os CP, pela sua multidisciplinaridade, assumem especial importância nos doentes com insuficiência terminal de órgão, não apenas a nível do controlo de sintomas, mas também pela abordagem de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais, do doente e seus familiares/cuidadores.

**Objetivo:** Descrição de caso clínico e análise das diferentes áreas de abordagem dos CP.

**Métodos:** Descrição de caso clínico.

**Resultados:** Mulher de 79 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus (DM), com atingimento de órgão alvo (nefropatia diabética e doença renal crónica estadio 3). Seguida em consulta externa (CE) pré-transplante hepático (TH), por Doença Hepática Crónica (DHC)/Cirrose a vírus C, sem indicação para o tratamento disponível naquela altura (PEG-IFN+Ribavirina), tendo tido alta a 5/2013, por não ter indicação para TH (DHC Child-Pugh A e idade). Em 7/2013 submetida a colecistectomia por colecistite aguda, sem intercorrências, mas com nevralgia sequelar. Admitida em CE de Hepatologia, em programa de screening de Hepatocarcinoma. Em 1/2015 por referir dor no hipocôndrio direito (D), realizou tomografia e posteriormente ressonância abdominal (ABD) que revelou “2 nódulos no segmento VI do fígado, 1.5 e 1.4cm, hipointensos em T1 e discretamente hipertintensos em T2, sem hipersinal em difusão, difíceis de caracterizar; lesão no flanco D, entre a porção profunda da parede ABD lateral e a parede adjacente de ansa ABD, provavelmente o ângulo hepático do cólon, localmente infiltrativa, com cerca de 6\*5\*3.5cm, que contacta com o bordo inferior do lobo D do fígado, ao qual está aderente e coleção extra-intestinal de difícil determinação, com área quística central, que poderá corresponder a abscesso/neoplasia necrosada.” Realizado estudo complementar, que permitiu excluir patologia neoplásica (hepática e do aparelho digestivo), a favor de complicação infecciosa—abscesso intra-ABD. Desde então, descompensação da DHC com vários internamentos por encefalopatia hepática (EH), descompensação ascite-edematosa, evoluiu com ascite refratária (AR) e fistulização do trajeto de colocação de dreno pig-tail, com drenagem permanente. Referenciada para CP Domiciliários em 5/2015 por se tratar de uma doença avançada, progressiva e incurável, com necessidade de controlo dos sintomas, cuidados de

penso, nutrição e apoio/organização da estrutura familiar (o único cuidador era o filho que sofria de patologia psiquiátrica grave controlada com medicação). Em 3/2016, admitida na Unidade de CP, com quadro de EH grau III, AR ao tratamento médico e agravamento da função renal, acabando por falecer após 14 dias.

**Discussão:** A intervenção dos CP centrou-se na gestão do quadro clínico (DHC descompensada e complicada por EH portossistémica, AR; síndrome hepatorenal tipo 2 e DM descompensada); cuidados de penso (fístula no hipocôndrio D que mantinha drenagem purulenta e úlceras de decúbito); cuidados de nutrição; na vertente psicossocial e de apoio ao cuidador, inicialmente em nível domiciliário, mas com o avanço progressivo da doença sem controlo do foco de descompensação, houve necessidade de internamento, para uma melhor gestão dos vários problemas.

**Conclusão:** Apesar dos avanços e da rápida evolução da medicina, ainda não é possível “curar” todas as doenças. Quando a intervenção curativa não é opção, os CP, assumem-se no apoio e na abordagem multidisciplinar e organizada, dos doentes com doença incurável, avançada e progressiva, oncológica ou não-oncológica.

## UTILIZADORES FREQUENTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA. UMA REALIDADE QUE IMPORTA AOS CUIDADOS PALIATIVOS? ESTUDO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

Ana Gonçalves; Lino André Olmo  
*Unidade Local de Saúde do Nordeste*

**Tema:** Organização/gestão de serviços

**Introdução:** Em 2016, Portugal permanece como o país com mais episódios de Serviço de Urgência (SU) (70 episódios/100 habitantes) dentro da OCDE. Uma percentagem relevante destas visitas (21% a 28%) causada por um pequeno grupo (4.5% a 8%) de todos os pacientes que recorrem ao SU. Para este subgrupo, importa avaliar se os Cuidados Paliativos (CP), sobretudo domiciliários (Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos - ECSCP) poderão ser uma solução alternativa, contribuindo para a redução de utilização dos SU. Assim, pretendemos avaliar quantos destes doentes têm critérios para seguimento por CP.

**Objetivo:** O objetivo principal é identificar, dentro do subgrupo de doentes com mais de 20 recorrências ao SU em 2016, quantos têm critérios para CP.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo. Dados colhidos de 1 ja-

neiro a 31 dezembro 2016. Considerada amostra de pacientes com nº de episódios igual a superior a 20. Critério exclusão: Doentes com idade inferior a 18 anos. Como critérios para referência a CP, usamos os critérios utilizados anteriormente por Beynon *et. al.*: Cancro, doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca, hepática ou renal, doença neurológica (esclerose múltipla, Parkinson, demência, doença neurónio motor) e > 2 comorbidades no índice de Charlson.

**Resultados:** No período selecionado, foram identificados N = 31 doentes com 20 ou mais episódios de SU, tendo sido excluídos n = 3 com idade inferior a 18 anos. Os 28 doentes incluídos, tinham idade média 53.7 anos (min. 23, máx. 85, mediana 58.5, desvio padrão 19.2), 15 do género masculino e 17 do género feminino. O número total de visitas foi N = 791 (min. 20, máx. 57, média 28, desvio padrão 10.4). Relativamente aos diagnósticos principais: 12 doentes tinham diagnósticos do foro de saúde mental, incluído Síndrome ansioso/depressivo (n = 3/12), bipolar (n = 3/12) e oligofrenia (n = 3/12), entre outros. Dos restantes (n = 16): Insuficiência hepática (n = 4), DPOC (n = 2), Insuficiência Cardíaca (n = 1), Insuficiência Renal (n = 1), neoplasia maligna da mama (n = 1), neoplasia maligna da laringe (n = 1), Síndrome Sjorgen (n = 1) e Trissomia 21 (n = 1). 1 caso recorreu n = 47 vezes ao SU para administração de injetável. 13 doentes (46.4%) tinham critérios para ser seguidos por CP segundo a definição usada, tendo sido incluído também o Síndrome Sjorgen e Trissomia 21 pelas comorbidades apresentadas.

**Discussão:** A média de idades deste subgrupo de pacientes é surpreendentemente baixa. Tal pode sugerir que uma parte relevante das admissões não se correlacione com eventuais patologias crónicas progressivas e incuráveis. O elevado número de diagnósticos do foro mental sugere necessidade de serem estudadas intervenções específicas nesta área. Quase metade (n = 13/28, 46.4%) dos pacientes observados tinham critérios para seguimento por CP, o que pode sugerir a necessidade de reforçar as respostas de CP, assim como mecanismos de alerta e referência mais eficazes.

**Conclusões:** Um número relevante dos utilizadores frequentes de SU (> 20 episódios) analisados têm critérios para referência a CP. Outro subgrupo interessante são os pacientes com patologias do foro mental. Tais dados podem sugerir necessidade de estudar respostas específicas.

Comunicações Livres II, dia 18 de março, das 14h00 às 15h30

## DA ALIMENTAÇÃO ORAL À NUTRIÇÃO ARTIFICIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIÁRIOS: ESTUDO DE CASO QUALITATIVO

Cintia Pinho-Reis<sup>1</sup>; Sílvia Patrícia Coelho<sup>2,3</sup>; Manuel Luís Capelas<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Nutricionista, Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa, Gondomar;

<sup>2</sup>Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto;

<sup>3</sup>Centro Interdisciplinar de Investigação em Saúde da Universidade Católica Portuguesa;

<sup>4</sup>Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

**Tema:** Família e Cuidadores

**Introdução:** Devido à evolução da doença e aos tratamentos realizados a alimentação do doente paliativo sofre diversas alterações. O suporte alimentar e nutricional torna-se uma componente de extrema importância, uma vez que, deve acompanhar a pessoa doente e suas famílias desde o diagnóstico até à morte. A alteração na alimentação que mais impacto traz para a vida do doente e do seu cuidador é a alteração da via de alimentação.

**Objetivo:** Descrever o fenómeno da passagem da alimentação oral para a nutrição artificial em contexto de Cuidados Paliativos domiciliários.

**Material e método:** Estudo de caso de natureza qualitativa sobre uma filha de 60 anos que se tornou cuidadora informal da sua mãe de 89 anos. A sua mãe foi diagnosticada com demência no início de 2014 e desde então que se encontra a receber Cuidados Paliativos no domicílio. Os sintomas emergentes relacionados com a alimentação foram inicialmente a perda de apetite e a recusa alimentar e, por fim, a disfagia, a perda de peso, a desnutrição e o aparecimento de úlceras de pressão. Estas situações foram motivo de preocupação, pelo que, a pessoa doente foi entubada para alimentação e hidratação. A recolha de dados foi realizada através da observação direta no domicílio e de uma entrevista semiestruturada. Ao nível da Ética, foi obtido o consentimento da cuidadora informal.

**Resultados:** Com base nos dados recolhidos, para a cuidadora informal as alterações na alimentação e hidratação foram sentidas como um processo de luto. Por vezes, a alimentação foi conotada negativamente por terem ocorrido perdas ao nível social e familiar. Por outro lado, a alimentação e hidratação artificiais mantiveram a sensação na cuidadora informal de que a mãe permanecia ligada à vida contudo, também significava a evolução da doença e a aproximação da morte. Nesse sentido, foram identificados sentimentos de raiva, tristeza, de-



sespero, angústia, fardo e preocupação.

**Conclusão:** Os cuidadores informais podem perceber a alteração da via de alimentação como a mudança mais profunda nas suas vidas, com impacto ao nível social, uma vez que, se torna sua responsabilidade a preparação e administração da alimentação de forma adaptada às necessidades de cada pessoa doente.

## **FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA EM CUIDADOS PALIATIVOS, FORMAR PARA DESMISTIFICAR**

Cátia Ferreira; Margarida Alvarenga  
*CHSJ IPO-Porto*

### **Tema:** Formação

Os Cuidados Paliativos (CP) são uma necessidade premente no sistema nacional de saúde.

Os enfermeiros assumem um papel importante na prestação de cuidados que promovam o respeito pela dignidade da pessoa e que garantam a melhor qualidade de vida possível.

A qualidade dos cuidados prestados tem por base conhecimentos técnicos e científicos atualizados, que permitam resolver os problemas/necessidades dos doentes e suas famílias/cuidadores.

No panorama nacional atual a formação, específica em CP, pré graduada, ainda está muito aquém das necessidades.

Na sequência da realização de um workshop (WS) sobre CP para estudantes de enfermagem, foi elaborado um questionário de forma a caracterizar os alunos de enfermagem que voluntariamente se inscreveram no mesmo. Desta avaliação constou a caracterização dos estudantes, a avaliação dos conhecimentos sobre CP e avaliar a eficácia imediata do WS nos estudantes.

**Objetivos:** - Avaliar se os alunos inscritos tinham nos seus currículos escolares uma unidade curricular sobre CP.

- Perceber qual a motivação dos estudantes de enfermagem para se inscreverem num WS sobre CP.

- Inquirir que mitos sobre Cuidados Paliativos tem os estudantes de enfermagem que participam num WS sobre CP.

- Avaliar a eficácia deste WS, dirigido essencialmente para a clarificação dos mitos sobre CP.

**Material e métodos:** No âmbito da realização de 2 WS formativos sobre CP para estudantes de enfermagem, foi realizado um questionário constituído por três partes:

- A primeira entregue no início da formação sobre mitos dos CP;
- A segunda para caracterização dos participantes relativamente à formação de base que cada um teve durante o curso de licenciatura, o modelo formativo associado e dados biográficos;
- E a última entregue no final do WS para avaliação do mesmo.

É a análise das respostas relativa a primeira e segunda parte desse questionário que apresentamos neste trabalho. Os 48 alunos que frequentaram os dois workshops eram maioritariamente do sexo feminino (88%), tem na sua maioria uma idade compreendida entre os 19 e os 22 anos e residem maioritariamente nos distritos de Lisboa e Porto. 45,8% frequentavam uma escola superior de enfermagem em Lisboa, 27% no Porto, 12,5% no distrito de Santarém, seguido de 4,2% alunos das escolas no Funchal, Setúbal e Castelo Branco e 2,1% aluno frequentava uma escola em Coimbra. Apenas 4% dos alunos frequentam o ensino privado e relativamente ao ano de frequência do curso a maioria dos estudantes frequentam o 2º ano, seguidos de um grupo considerável do 4º ano. Na nossa população 85% não tem a Unidade Curricular de CP no seu curso de Licenciatura. A razão para a frequência deste WS foi na sua maioria (93,7%) por necessidade, seguido do facto de terem tido contacto com doentes com doença avançada e progressiva. 96% dos jovens considera importante haver uma Unidade Curricular sobre CP no Curso de Licenciatura em Enfermagem, apontando a preparação profissional para dar resposta a estas situações de sofrimento acrescido como um aspeto de suma importância. De salientar que estes estudantes ainda tem muitos mitos relativamente à CP, tendo-se verificado 35 respostas erradas quanto aos factos e mitos sobre CP, sendo o mito relativo ao acesso, aquele que obteve maior número de respostas erradas.

**Conclusões:** A realização deste trabalho de carácter exploratório de uma população específica permitiu constatar que a formação pré-graduada sobre CP no âmbito da licenciatura em enfermagem é ainda escassa em Portugal. Apesar de se poder considerar que a população é reduzida, pensamos ser relevante a constatação de que os alunos inscritos demonstraram de forma espontânea motivação para a temática sendo a necessidade o factor motivador da inscrição no WS. Não obstante prevalecem muitos mitos sobre esta filosofia do cuidar. Existe ainda um longo caminho a percorrer na desmistificação desta área de atuação conforme concluem os resultados deste estudo.

## REFERENCIAÇÃO TARDIA PARA CUIDADOS PALIATIVOS NUM HOSPITAL DE AGUDOS – A PROPÓSITO DA CASUÍSTICA DE DOENTES OBSERVADOS PELA EIHS CP

Lúcia Marinho; Zulmira Peixoto; Antónia Rodrigues; Evangelina Dias; Luís Milheiro da Costa; Francisca Cunha; Eunice Schacht; Paula Silva  
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde - EPE

**Tema:** Organização/gestão de serviços

**Introdução:** A literatura internacional apresenta vários estudos onde se constata que apesar do desenvolvimento dos recursos em termos de Cuidados Paliativos, a referenciação continua a ser tardia e a utilização dos mesmos continua a ser inadequada. Tal deve-se ao facto de a referenciação para Cuidados Paliativos ser encarada como o reconhecimento da perda da esperança, apesar de se saber que basear a esperança apenas na sobrevivência só aumentará o sofrimento e a própria desesperança numa vida plena. Para além disso, existe uma certa confusão terminológica em torno dos Cuidados Paliativos, que não devem ser considerados, estritamente, cuidados terminais, mas antes os especializados e competentes no sentido da qualidade de vida, controlo de sintomas, autonomia do doente, comunicação e continuidade de cuidados multidisciplinares integrados.

A referenciação para Cuidados Paliativos apresenta também benefícios para os sistemas de saúde, nomeadamente no âmbito da redução significativa do número de dias de internamento, na redução do número de tratamentos e exames auxiliares de diagnóstico que, sobretudo no contexto de doença avançada e irreversível, se podem considerar inúteis ou que, embora úteis, possam ser desproporcionalmente incómodos e onerosos para o resultado esperado, redução da taxa de mortalidade hospitalar e consequente aumento da taxa de óbitos ocorridos fora do hospital.

**Objetivo:** Caracterizar a referenciação de doentes para EIHS CP, num hospital de agudos.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo mediante registos clínicos dos doentes referenciados e observados pela EIHS CP, nos seus primeiros 6 meses de atividade. A colheita de dados foi efetuada na primeira semana de janeiro de 2017.

Foram analisadas as seguintes variáveis: Sexo; idade; data de referenciação; tempo entre a admissão e a referenciação; serviço de internamento de origem; diagnóstico principal; estado funcional na 1ª consulta (PPS e ECOG); sintoma principal; tempo de permanência na equipa até à alta; destino à alta; prestador de cuidados; consultas de

luto. A análise de dados foi feita em Microsoft Excel.

**Resultados:** Dos 78 doentes referenciados para a EIHS CP, 4 morreram sem serem observados pela equipa pelo que não constam desta casuística. Dos 74 doentes observados 44 (59%) eram do sexo masculino e 30 (41%) do sexo feminino; a idade média foi de 74 anos (máx 96 e min 40); o tempo médio entre a admissão e a referenciação para a equipa foi de 7,2 dias (máx 26 e min 0); 44 doentes (59%) foram referenciados pelo serviço de medicina, 29 (39%) pelo serviço de cirurgia e 1 (1,4%) pelo serviço de ortopedia; 54 (73%) dos doentes eram do foro oncológico e 20 (27%) não oncológico; 23 (31%) doentes apresentavam uma PPS de 40% e 12 (16%) uma PPS < 20%; 59 (80%) apresentava ECOG 4 e 15 (20%) ECOG 3; os principais sintomas que motivaram a referenciação do doente foram: Dor em 38 (51%) dos doentes dispneia em 21 (28%), anorexia/caquexia em 8 (11%), vômitos em 5 (7%) e confusão em 2 (3%); o tempo médio aos cuidados da equipa foi de 7,7 dias (máx 55 e min 0); à data da colheita de dados 9 (12%) dos doentes referenciados ainda estavam vivos sendo que dos falecidos, apenas 2 (3%) sobreviveram mais de 15 dias, 5 (7%) faleceram no dia da 1ª observação e 7 (9%) no 2º dia; relativamente ao motivo/destino na alta: 40 (54%) faleceram no hospital e 34 (46%) tiveram alta, dos que tiveram alta, 22 (30%) foram para o domicílio, sendo que 8 (11%) foram com apoio de ECCL e 4 (5%) foram orientados para ULMD; no que diz respeito ao prestador de cuidados em 23 (31%) dos casos foi a esposa, em 17 (23 %) os filhos e em 4 (5%) o marido; os familiares de 17 (23%) doentes necessitaram de apoio psicológico no luto.

**Conclusões:** Face aos resultados obtidos no que se refere à percentagem de doentes vivos (12%) e à baixa percentagem (3%) de doentes que sobreviveram mais de 15 dias podemos inferir que, tal como descrito nos estudos internacionais, também no nosso hospital, a referenciação para Cuidados Paliativos é tardia.

## REFERENCIAÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR, EM QUE PONTO ESTAMOS?

Joana Freire; Manuel André Gonçalves; Daniela Coelho; Ana Catarina Pires  
UCSP - Santa Maria, Bragança

**Tema:** Organização/gestão de serviços

**Introdução:** A análise casuística de uma unidade de internamento no interior norte português revela que as referenciações originadas por medicina geral e familiar (MGF) são escassas se comparadas com



as originadas nos hospitais. Muitas vezes o médico de família (MF) é o primeiro contacto do doente com os diversos serviços de saúde, e poderá ter um papel fundamental na identificação, avaliação e referência dos doentes.

**Objetivos:** Conhecer o estado atual da referência por parte dos MF de três UCSP; secundariamente saber quais as maiores dificuldades na referência e necessidades em termos de formação.

**Métodos:** O inquérito por questionário foi divulgado junto dos médicos de família pessoalmente pelos autores do trabalho.

O período de resposta decorreu entre 20 de dezembro de 2016 e 17 de janeiro de 2017 e resultou na obtenção de 20 respostas.

Os dados recolhidos foram tratados com auxílio do EXCEL.

Caracterização dos participantes: Foram apenas abordados os especialistas em MGF.

**Resultados:** Em termos de relevância e representatividade da amostra, regista-se a participação de aproximadamente 76,9% dos médicos de família das três unidades (20 de 26 médicos no total). As 20 respostas recolhidas permitem obter uma panorâmica das dificuldades na referência sentidas pelos médicos.

No ano de 2016, quantas referências fez aos CP?

Obtivemos resposta de 20 médicos e 30% (n = 7) dos médicos não fez qualquer referência, 60% (n = 12) fizeram entre uma a cinco e apenas 5% (n = 1) fez entre 6-10.

Qual o diagnóstico principal?

Responderam 13 médicos, seis referenciaram por causa oncológica, cinco por oncológicas e não oncológicas e dois apenas por causas não oncológicas.

Qual o motivo da referência?

Obtivemos 13 respostas, quatro referenciaram por um motivo, sete por dois motivos e dois por três motivos. Dois colegas marcaram “outros” e na justificação referiram que um doente não tinha apoio familiar e outro que o cuidador se ausentou. Quanto aos motivos 46,1% dos colegas marcaram descontrolo de sintomas (n = 6), 92,3% estadios da doença (n = 12), 30,8% descanso do cuidador e 15,4% outros.

Sabe quais são os critérios de referência?

Responderam 20 médicos, 14 afirmaram conhecer os critérios de referência e 6 afirmaram que não.

Sabe como referenciar?

Obtivemos 20 respostas e 16 sabem como referenciar e 4 não.

Sugestões para melhorar a referência?

Responderam 19, apenas um não marcou nenhuma opção. 15 acha que é necessária mais formação, 8 folhetos informativos e três marcaram a opção “outros”. Esses três médicos sugeriram: “Simplificar o processo”, “Menos burocracia” e “Contacto direto com a equipa de CP a fim de a conhecer e trocar ideias”.

**Discussão:** O desenvolvimento do presente estudo permitiu obter dados para conhecer as principais dificuldades sentidas pelos médicos de família na referência dos doentes aos CP. Os dados obtidos podem contribuir para aumentar o conhecimento dos principais obstáculos, facilitando intervenções para a melhoria que resultaria fundamentalmente em benefício para os doentes com critérios para CP. Nas referências, a maioria (60%) fez entre uma a cinco, 30% dos médicos não fez qualquer referência e apenas 5% fez entre 6-10, números que considerados insuficientes se tivermos em conta que o médico de família é na maioria das vezes o primeiro contacto do doente com os serviços de saúde. Uma possível explicação pode ser o desconhecimento, quer da gravidade da situação do doente, quer dos critérios. Respeito à patologia que levou a mais referências, as causas oncológicas contribuem para a maioria, o que pode ser explicado pelo facto de ainda haver uma associação entre CP e doente com neoplasia terminal.

**Conclusão:** O número de referências por parte dos CSP é baixo, particularmente para doentes não oncológicos. Mais formação e melhor conhecimento dos serviços poderão contribuir para melhorar. Há ainda um longo caminho a percorrer e bastante margem para melhorar a relação entre os CSP e os CP.

## DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM FIM DE VIDA

Alice Aurora Machado Teixeira Flores; Ângela Maria Fernandes da Silva; Margarida Isabel Ferro Broco; Maria de Lurdes Rodrigues Pradinhos; Rosária de Fátima Fernandes Pires  
*ULSNE- Unidade de Macedo de Cavaleiros/Unidade de Cuidados Paliativos*

**Tema:** Ética/Bioética

**Introdução:** O Testamento Vital ou Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) é um documento feito por iniciativa do cidadão, de maior idade, que salvaguarda a sua vontade, e expressa os cuidados clínicos que pretende receber quando mentalmente incapacitado. Pessoas em fim de vida podem assim antecipadamente manifestar vontade de recusar cuidados de saúde fúteis, com recurso às DAV. O médico assistente

pode consultar o Testamento Vital, através do Portal do Profissional garantindo que a vontade do doente será respeitada.

**Objetivo:** Efetuar um levantamento de estudos que demonstrem o conhecimento e utilização das DAV. Sensibilizar os profissionais de saúde, doentes e familiares, para a importância das DAV no tratamento de doentes em fim de vida.

**Metodologia:** Efetuamos uma pesquisa na base de dados PubMed e ISI Web of Knowledge, B.on, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Scielo. Usando como estratégia de pesquisa as seguintes palavras-chave para extração dos *abstracts* e seleção dos estudos: Diretivas Antecipadas de Vontade, Testamento Vital, Cuidados em Fim de Vida e Autonomia. Foram extraídos 180 estudos e selecionados 6 para análise final, que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: Estudos publicados, num intervalo temporal de 2012 a 2017, publicados em texto completo, escritos em inglês ou português inserido no âmbito do tema.

**Resultados:** Num dos estudos analisados, com base em entrevistas, a 753 doentes com cancro, verificou-se que havia pouco conhecimento sobre as DAV nenhum participante as tinha realizado e que era necessário discutir e divulgar a sua importância. Noutro estudo realizado, com 112 Idosos mostrou que a maioria não concordou com as DAVs. E que as condutas e atitudes a serem tomadas devem ter em consideração a dignidade da pessoa humana, evitar o prolongamento do sofrimento e proporcionar qualidade de vida ao tempo que resta. Outro estudo efetuado, a 193 doentes seguidos em Hospital de Dia com cancro avançado, mostrou que diferentes fatores podem influenciar a realização das DAV antes e após o diagnóstico de cancro. Num estudo realizado, em 219 Hospitais EUA, sugeriu a entrega do formulário de preenchimento das DAV a todos os pacientes na admissão e as comissões de ética devem ter um papel proativo. Outro estudo, a 8 Enfermeiros 7 Médicos 7 Cuidadores familiares através de entrevistas mostrou que é necessário reforçar e trabalhar essa temática no intuito de corrigir conhecimentos erróneos para que, as diretivas sejam realizadas de maneira voluntária, isentas de interferências externas ao doente, refletindo o desejo de respeitar a sua autonomia em situações de incapacidade e de final de vida. Realçaram ainda que é necessário um novo olhar acerca da morte. O último estudo, a 238 estudantes de Medicina no Brasil, estes mostraram baixo nível de conhecimento em relação as DAV, havendo necessidade premente de discutir este tema, possibilitando assim a construção de ideias e capacitação dos alunos

no atendimento de doentes em fim de vida.

**Conclusão:** Apesar da escassez dos estudos no âmbito das DAV, destacam-se 6 estudos, onde ficou evidente a necessidade de maior reflexão e debate sobre as questões éticas das DAV nomeadamente: promoção da autonomia do doente e informações a prestar, cuidar em situações de vulnerabilidade, decisões de equipa, integridade ética em fim de vida. A vontade do doente é ser respeitada e manter a dignidade e qualidade de vida. Por isso, as DAV são um instrumento fundamental na tomada de decisão. Verificou-se a existência de pouca informação a cerca do tema. Quer o doente quer os profissionais de saúde não o abordam ou por desconhecimento ou por receio.

**Palavras-chave:** Diretivas antecipadas de vontade (DAV), testamento vital, cuidados em fim de vida, tomada de decisão, autonomia.

## O PAPEL DA REABILITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS, UMA ÁREA MULTIDIMENSIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Sofia Neves<sup>1</sup>; Graça Terroso<sup>2</sup>; Simone Torres<sup>3</sup>; Patrícia Coelho<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Aluna do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Portugal; <sup>2</sup>Enfermeira serviço Cuidados Paliativos, Hospital CUF Porto; <sup>3</sup>Médica de Geriatria, Médica Assistente do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e Coordenadora da Preceptoría da Residência Médica de Cuidados Paliativos; <sup>4</sup>Docente da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Portugal. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal

**Tema:** Vulnerabilidade em Cuidados Paliativos

**Introdução:** A reabilitação nos Cuidados Paliativos é fundamental para garantir a qualidade de cuidados aos pacientes com doença avançada e em fim de vida. Um dos desejos frequentes expressos pelos pacientes é permanecer fisicamente independente até ao final de vida. Há um crescente número de evidências de que as intervenções de reabilitação melhoram o estado funcional, a qualidade de vida e o controlo de sintomas característicos das doenças crónicas. A equipa multidisciplinar e interdisciplinar de Cuidados Paliativos tem como objetivo o alívio do sofrimento, para tal é fundamental uma intervenção holística, e consequentemente a nível físico e psicológico (entre outras), portanto, é importante salientar o papel dos enfermeiros com formação em reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala.

**Objetivo:** Analisar a literatura existente sobre o papel das várias di-



mensões da reabilitação nos Cuidados Paliativos em pacientes com doença avançada e em fim da vida.

**Metodologia:** Revisão Integrativa da Literatura mediante pesquisa sistemática nas bases de dados: B-On e ISI Web of knowledge. As Palavras-chave utilizadas foram as seguintes: *palliative care, rehabilitation nursing, adults*. Critérios de inclusão: publicações em língua inglesa, entre 2010-2017, com texto integral, referências disponíveis e analisados por especialistas. Critérios de exclusão: artigos da área de pediatria e sem relevância para o tema.

**Resultados:** De 157 artigos identificados, foram analisados 14 por preencherem os critérios de inclusão. Da análise efetuada, verificou-se que a atuação deverá ser multidimensional. Perante a bibliografia analisada é possível elencar que, existe evidência científica, dos benefícios na área da psicologia, psiquiatria e reabilitação física. Na área da terapia da fala, terapia ocupacional e o impacto socioeconómico da reabilitação em Cuidados Paliativos revelam que são necessários mais estudos. Embora a reabilitação em Cuidados Paliativos não elimine os danos causados pelas doenças, pode atenuá-los e tornar o paciente mais independente nas atividades de vida diária, aumentando o seu bem-estar e qualidade de vida. A combinação da reabilitação paliativa focalizada e praticada dentro das limitações clínicas de cada paciente, tanto psicológicas como físicas, permite não só a manutenção da capacidade funcional como o da autoestima, dignidade e personalidade do paciente. Os exercícios físicos, terapia de relaxamento e treinos respiratórios foram os métodos, mais frequentemente utilizados.

**Conclusões:** O papel da reabilitação paliativa na preservação das capacidades funcionais do paciente não pode ser subestimado e faz parte do cuidado holístico destes pacientes. Os profissionais que integram a equipa de Cuidados Paliativos devem ter um corpo de conhecimentos adequados sobre reabilitação, para assim manter uma prestação de cuidados de excelência em pacientes paliativos. Para tal, ainda são necessários mais estudos para se perceber, efetivamente, a eficácia da reabilitação e em que áreas de intervenção, se deve aprofundar, para potenciar criativamente e eficazmente, o conforto e bem-estar mais.

**Palavras-chave:** *Palliative care; rehabilitation nursing; adults*.

## POSTERS

### PO 01

#### INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Ana Mouta; Daniela Santos; Eliane Afonso; Eunice Rodrigues; Lúgia Afonso; Eunice Rodrigues  
*Unidade Local de Saúde do Nordeste*

**Tema:** Controlo e melhoria de qualidade dos cuidados

**Introdução:** Os cuidados de saúde primários, enquanto unidades de assistência privilegiada devem assegurar a prestação de cuidados ao utente dependente no domicílio, verificando-se em algumas situações a referenciação para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Constata-se que após alta hospitalar os indivíduos regressam a casa em pior estado nutricional e mais vulneráveis à doença e recidivas. O nutricionista integra a equipa de cuidados domiciliários no sentido de promover um estado nutricional adequado, prevenindo a desnutrição e a desidratação e demais comorbilidades, instituindo medidas reformativas para uma melhoria do estado geral do utente.

**Objetivo:** Caracterizar a população que frequenta a consulta de nutrição domiciliar, entre 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2016

**Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo, com base na análise de processos de utentes da consulta de nutrição domiciliar. Os utentes são encaminhados para a consulta pelo médico/enfermeiro de família e equipa de cuidados continuados integrados. Sempre que o utente é referenciado é avaliado segundo protocolo específico, o qual inclui recolha de dados clínicos, antropométricos, estado nutricional e história alimentar. Após avaliação, é realizado plano alimentar apropriado que responde às necessidades individuais e cuidadosamente explicado ao cuidador. A periodicidade da avaliação é baseada nas condições do utente e deve ocorrer na sequência de eventos específicos que possam alterar o estado nutricional do indivíduo.

**Resultados:** Realizadas 68 avaliações ao longo do ano de 2016. Avaliados 49 utentes, 25 do sexo masculino e 24 do sexo feminino. A média de idades é de 83 anos, sendo o máximo de 97 anos de idade e o mínimo de 18 anos de idade. Dos utentes avaliados 45% apresentavam desnutrição, sendo que 29% dos encaminhamentos apresentou esse motivo de referenciação e 31% úlceras crónicas de pele. As patologias mais frequentes foram diabetes mellitus 2, hipertensão arterial e neoplasia. A maioria dos utentes alimenta-se por via oral e



10% por via artificial. Foi realizada suplementação a 51% dos utentes avaliados e verificou-se evolução positiva em 53% dos utentes. Sempre que possível, os utentes em consulta domiciliária são reavaliados e verificou-se recuperação positiva em 53%.

**Conclusões:** A intervenção nutricional precoce no domicílio é fundamental para prevenir e tratar a desnutrição e complicações associadas, além de integrar o utente no seu núcleo familiar, favorecendo a sua qualidade de vida. Reforça-se a necessidade de referenciação atempada e de vigilância do estado nutricional de todos os utentes em cuidados domiciliários, devido à idade avançada e à elevada prevalência de utentes desnutridos e malnutridos.

## PO 02

### INTERVENÇÃO DO NUTRICIONISTA NUMA UNIDADE DE PALIATIVOS

Teresa Gomes<sup>1</sup>; Rosária Rodrigues<sup>2</sup>; Duarte Soares<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Nutricionista, Unidade de Paliativos da UHMC; Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.; <sup>2</sup>Nutricionista e Diretora do Serviço de Nutrição e Alimentação; Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.; <sup>3</sup>Médico de Medicina Interna na Un. Paliativos da UHMC; Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

**Tema:** Controlo e melhoria de qualidade dos cuidados

**Introdução:** Na fase paliativa da doença, e com o declínio das funções vitais, o papel central que a alimentação tem na vida dos indivíduos assume elevada importância e problemas como o emagrecimento acentuado, malnutrição, impossibilidade de participar no convívio familiar à mesa, intolerância a alimentos antes preferidos e a alteração do padrão alimentar familiar podem relacionar-se com sentimentos de culpa no doente e ter um impacto profundo na qualidade de vida. Assim, os problemas nutricionais vão muito para além do ato de alimentar-se e o nutricionista (Nut) com os seus conhecimentos e sensibilidade nesta área específica é um elemento diferenciador para a resolução de necessidades. A intervenção nutricional (IN) em Cuidados Paliativos (CP) está na maior parte das situações direcionada para o controlo de sintomas, com a personalização da dieta: alterações da consistência dos alimentos, fracionamento alimentar, redução da dose de alimentos servidos, considerando as preferências/aversões e tolerâncias alimentares manifestadas pelo doente e ainda as suas necessidades específicas. A IN pode requerer a utilização de múltiplas estratégias para o mesmo doente, privilegiando a alimentação oral (AO) e o conforto/prazer em relação às refeições.

**Objetivo:** Avaliar a atividade, no âmbito da IN, numa Unidade de Paliativos (UP), durante 1 ano.

**Metodologia:** Estudo de investigação retrospectivo da IN numa UP, durante 1 ano. Foi feito um levantamento no número de consultas de nutrição (CN) e da terapêutica nutricional (TN) implementada.

**Resultados:** Durante o ano de 2016, foram realizadas 293 CN a 116 doentes (dos quais: 39 M e 77 H; com  $72,8 \pm 13,3$  anos, min.18, máx.95 anos) internados numa UP. O número de óbitos foi de 50 (43,1%). A média de consulta de nutrição/doente foi de  $2,6 \pm 1,7$  (min. 1; máx 9; mediana 2 consultas; p25: 1; p50: 2; p75: 3,75 consultas). No que respeita ao diagnóstico, 80,2% dos doentes apresentavam diagnóstico oncológico (23,7% Colo-retal; 15,1% Estômago; 10,8% Próstata; 11,8% Pulmão; 8,6% cabeça/pescoço; 4,3% mama; 4,3% pâncreas e 18,3% outros). A maior percentagem de doentes (35,3%) foram internados para cuidados de suporte ou continuação de cuidados; 14,7% (17 doentes) para controlo dor e sint. GI; 11,2% (13 doentes) para controlo da dor; 5,2% (6) para controlo da dor e por anorexia/recusa alimentar/desnutrição/caquexia; 5,2% para controlo da dor e dispneia; 5,2% por recusa alimentar/ anorexia/desnutrição/caquexia; 4,3% por dispneia; 3,4% para cuidados de feridas/up/feridas pós-op; 2,6% para controlo de mucosite; 2,6% por dificuldade/incapacidade de deglutição e/ou disfagia; 2,6% para controlo de sint.GI; 2,6% para descanso do cuidador e 5,2% por outros motivos. No que respeita à TN instituída, a maioria dos doentes tiveram uma dieta personalizada pela Nut. (70,6%, dos quais 33 doentes com a adição de um suplemento nutricional), a 27,6% dos doentes foi-lhe prescrita dieta hospitalar (DH) e 2 doentes (1,7%) estiveram com nutrição entérica total. Os doentes com tumor da próstata (60%), pâncreas (50%) e pulmão (36%) foram aqueles a quem lhes foi prescrita mais frequentemente a DH, ou seja os que necessitaram de menos IN especializada. Pelo contrário, os doentes com tumores ginecológicos (100%), colo-retal (86,4%), estômago (85,7%), cabeça-pescoço (75%) e mama (75%) foram os que necessitaram de mais IN. Dos doentes que tiveram alta (66 doentes), 25,7% foi-lhe prescrito um plano alimentar para ambulatório.

**Conclusão:** A necessidade de IN em CP surge, com frequência, para controlo de sintomas GI. Esta IN faz-se com privilégio pela AO e, sobretudo através da adaptação da DH às preferências e hábitos alimentares do doente e seus familiares/cuidadores, o que implica a personalização frequente da DH e uma articulação privilegiada com o serviço de alimentação, e resulta não só no melhor controlo da sintomatologia apresentada, como do bem-estar e qualidade de vida do doente/família.



### PO 03

## SATISFAÇÃO DOS DOENTES E CUIDADORES EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS PELA UNIDADE DOMICILIÁRIA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ALFÂNDEGA DA FÉ

Paula de Faria; Célia Figueiredo; Telma Figueiredo; Ana Azevedo  
*Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Alfândega da Fé*

**Tema:** Controlo e melhoria de qualidade dos cuidados

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos Domiciliários poderão contribuir para a melhoria da qualidade de vida de doentes com doença incurável e progressiva e das suas famílias, promovendo cuidados personalizados e contínuos no seu domicílio.

É primordial, avaliar as necessidades de cada doente e famílias, mas também avaliar o nível de satisfação desses mesmos doentes e famílias em relação aos cuidados prestados.

Esta avaliação permite aos profissionais de saúde percecionar melhor o seu trabalho e implementar novas técnicas de atuação domiciliárias, permitindo assim, uma maior confiança por parte de todos os intervenientes no cuidar ao doente com características paliativas.

A UDCP-AF iniciou em janeiro de 2015 a assistência a doentes com critérios para Cuidados Paliativos no conselho de Alfândega da Fé apoiando até ao momento mais de 40 famílias.

A equipa interdisciplinar é constituída por 1 médico, 2 Enfermeiros, 1 Psicóloga, 1 Terapeuta de Reabilitação e 1 assistente social que dão resposta contínua 24 horas por dia incluindo fins-de-semana e feriados, o que garante uma resposta mais personalizada e próxima do doente e da família.

**Objetivos:** - Avaliar o desempenho da equipa durante os 2 anos de funcionamento, do ponto de vista dos doentes ou cuidadores;  
- Perspetivar a melhoria dos cuidados de saúde prestados pela UDCP-AF.

**Métodos:** Foi avaliada quantitativamente a satisfação dos utentes da UDCP-AF através da aplicação de um questionário, este é constituído por 31 itens avaliados com uma escala entre “Muito Satisfeito” e “Muito Insatisfeito”, com o acréscimo de um item “Não se aplica”, quando o doente ou cuidador não chegaram a necessitar de intervenção por parte de algum elemento da equipa. Este método de recolha de dados avalia a satisfação dos doentes ou cuidadores relativamente ao acolhimento na unidade; quanto à humanidade; simpatia e profissionalismo de cada técnico; quanto à informação/prestação de cuidados relativamente a vários parâmetros (*i.e.* alívio da dor, informação acerca do diagnóstico, efeitos secundários possíveis e rapidez dos profissio-

nais no controlo de sintomas); quanto à informação facultada sobre o estado de saúde em vários momentos; existência de reclamações; e por último se recomendaria este serviço a um familiar ou amigo.

Este questionário foi aplicado entre julho e dezembro de 2016 aos doentes ou cuidadores informais no seu domicílio por um elemento externo à equipa para prevenir enviesamento dos resultados.

Nenhum dos questionários foi aplicado no momento de admissão, alta/óbito, 29 foram aplicados durante a intervenção da equipa a doentes ou cuidadores e 9 aos cuidadores algum tempo após a alta/óbito do doente.

**Caracterização da amostra:**

A amostra foi selecionada com base nos seguintes critérios:

**Inclusão**

- Ser um doente acompanhado pela UDCP-AF;
- Ser o cuidador informal de um doente que foi ou está a ser acompanhado pela UDCP-AF.

**Exclusão**

- Tempo insuficiente de permanência na UDCP-AF. (inferior a 3 dias)
- No momento da avaliação a equipa possuía 41 processos sendo que apenas foram aplicados 39 questionários, e excluídos 2 de acordo com o critério acima.

**Resultados:** Até ao momento foram acompanhados 41 doentes, 15 do sexo feminino e 26 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 102 anos, perfazendo uma média de idades de 75 anos. Os diagnósticos com maior prevalência nesta unidade diz respeito a doenças oncológicas, neuro degenerativas, cardiovasculares, respiratórias e renais.

Dos 39 questionários, 17 foram aplicados aos próprios doentes e 22 aos cuidadores informais, 9 deles por alta/óbito do doente e 13 por incapacidade de resposta por parte do doente.

Para uma melhor compreensão dos resultados foram eliminados dos gráficos duas escalas, “Insatisfeito” e “Muito Insatisfeito” por não possuírem cotação numérica em nenhum dos itens de avaliação.

No gráfico 1 tanto na avaliação dos profissionais como no acolhimento na unidade verificamos que existe um grau de satisfação entre “Muito Satisfeito” e “Satisfeito”.

Quando algum elemento da equipa não intervém num determinado doente ou família consideramos que “Não se aplica”. Esta avaliação tem em vista 3 características fundamentais: humanidade, simpatia e profissionalismo.

No gráfico 2 avaliamos a satisfação em relação à informação dada e à

prestação de cuidados relativamente a vários parâmetros.

Destaca-se com maior satisfação (33 doentes/cuidadores) a informação dada a cerca do prognóstico do doente e a resposta atempada dos profissionais (34 doentes/cuidadores), sendo que, todos os outros parâmetros têm conotação positiva.

Constata-se que existe uma percentagem média de 33% de doentes/cuidadores que referiram que “Não se aplica” na maior parte dos parâmetros, com maior destaque o alívio da dor, rapidez no tratamento de sintomas, informação sobre os efeitos secundários, informação sobre a gestão da dor do doente e inclusão da família no tratamento.

Em relação à informação do estado de saúde do doente tanto no momento da admissão, como durante a intervenção da equipa, como na alta/óbito denota-se uma avaliação positiva sendo que o número de “Não se aplica” na alta/óbito refere-se a doentes e cuidadores que se mantêm acompanhados pela UDCP-AF.

**Discussão:** A satisfação em relação aos profissionais de saúde foi um resultado esperado pela equipa tendo em conta a população alvo, o facto de ser um concelho muito envelhecido, disperso e com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Este serviço torna-se uma mais-valia para os doentes e cuidadores pelo facto de terem acesso a cuidados de saúde diferenciados no seu domicílio.

Na avaliação dos profissionais temos inicialmente a avaliação médica e de enfermagem que abrange toda a amostra, visto que, no ato de admissão do doente na unidade é feita uma avaliação médica e de enfermagem e posteriormente avaliada a necessidade de intervenção dos outros elementos da equipa.

Assim temos uma avaliação de 100% da amostra para a equipa médica e de Enfermagem, 53% para a Psicologia, 39% para assistência social e 55% para intervenção em Reabilitação.

Os doentes ou cuidadores onde estes 3 últimos técnicos não intervieram classificaram como “Não se aplica”. No momento da admissão é comunicado à família a constituição da equipa, ou seja, cerca de 50% dos doentes e cuidadores sabem que existe uma equipa interdisciplinar mesmo que não tenha havido necessidade de intervenção por parte de todos os elementos da equipa.

Todos os profissionais de saúde receberam uma conotação positiva na avaliação, apenas existiram 3 avaliações onde os doentes ou cuidadores referiram um grau de satisfação de “Nem Satisfeito, nem Insatisfeito”, 2 para a avaliação médica e 1 para a avaliação da Psicóloga, este facto, deve-se à curta permanência dos doentes na unidade o que não pos-

sibilitou um número significativo de intervenções e devido ao facto do questionário ter sido aplicado muito tempo após a intervenção da equipa. No item “Alívio da dor” os doentes e cuidadores que classificaram como “Não se aplica” significa que em termos de avaliação por escalas da dor o resultado foi sempre de “0”, neste sentido, podemos concluir que o item “Informação sobre a gestão da dor do doente” é igualmente influenciável em função do primeiro.

Relativamente ao parâmetro “Informação sobre o prognóstico do doente” a equipa teve uma prestação positiva na medida em que esta informação é dada no ato de admissão ou nas intervenções posteriores se o doente e cuidadores mostrarem interesse em saber.

Tal como o parâmetro anterior também o parâmetro “resposta atempada dos profissionais” mostra o impacto positivo, o que significa que a equipa deu resposta às solicitações dos doentes ou cuidadores com a maior brevidade possível de acordo com as necessidades.

Verifica-se que nos itens “Informação sobre os efeitos secundários” e “Rapidez no tratamento de sintomas” existe uma elevada percentagem de respostas “Não se aplica” o que significa que grande parte dos doentes/cuidadores, por inexistência de alterações de terapêutica, prescrição de opióides ou descontrolo de sintomas não o poderiam avaliar.

Por fim, nos itens “Conferências familiares” e “Inclusão da família no tratamento” mostram que existe um défice de intervenções com as famílias, o que significa que futuramente será necessário uma maior intervenção familiar, com a implementação de conferências familiares frequentes permitindo à família colaborar de forma mais ativa no tratamento do doente, contribuindo assim, para a melhoria do serviço.

Devido à idade avançada dos doentes e dos seus cuidadores, bem como o baixo grau de escolaridade estes resultados podem ser enviesados. Detetamos algumas lacunas neste inquérito, e neste sentido pretendemos, melhorá-lo e aplicá-lo em vários momentos de forma a obter resultados mais concretos.

Durante estes 2 anos não existiram reclamações e todos os doentes ou cuidadores questionados recomendariam este serviço a um familiar, amigo ou conhecido.

**Conclusão:** Esta unidade de Cuidados Paliativos domiciliários, é uma unidade recente, mas que tem vindo a melhorar a sua intervenção, no entanto, ainda existe um grande caminho a percorrer, tendo sempre em conta a melhoria da prestação de cuidados aos doentes e cuidadores. No geral a UDCP-AF tem sido uma resposta fundamental quer para os doentes e seus cuidadores quer para o concelho em geral.



## PO 04

### SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Ana Sofia Ramos de Sousa Aroso Luoro; Maria de Lurdes Rodrigues Pradinhos *Academia dos Santos Mártires, Unidade Local de Saúde do Nordeste (Serviço de Cuidados Paliativos de Macedo de Cavaleiros)*

**Tema:** Controlo e melhoria de qualidade dos cuidados

**Introdução:** Para a satisfação dos familiares nos Cuidados Paliativos (CP) é essencial proporcionar qualidade de vida à pessoa em fim de vida e respetiva família. Esta é um dos pilares fundamentais no conforto da pessoa, nesse sentido, é fundamental a sua inclusão no cuidado integral do doente. Conhecer e avaliar a satisfação dos familiares, é um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados.

**Objetivo:** Conhecer o nível de satisfação dos familiares em Cuidados Paliativos.

**Metodologia:** Efetuamos uma pesquisa na base de dados do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e ISI Web of Knowledge, usando como estratégia de pesquisa as seguintes palavras-chave para extração dos «abstracts» e seleção dos estudos: Famílias, Satisfação, CP. Foram extraídos 488 estudos e selecionados 5 para análise final, que cumpriam os critérios de inclusão: Estudos publicados num intervalo temporal de 2008 e 2017, publicados em texto completo, escritos em língua inglesa e portuguesa e serem pertinentes com o objeto de estudo.

**Resultados:** Os resultados dos estudos analisados revelaram uma elevada satisfação dos familiares em Cuidados Paliativos, dois deles avaliados através da aplicação da escala FAMCARE (escala concebida pela professora (Kristjanson 1993) e validada para o contexto português por (Almeida 2012), mede a satisfação dos familiares do doente em CP, é constituída por 20 itens, a resposta a cada um destes itens é feita através de uma escala de Lickert com scores de 1 a 5, onde 1 indica elevado nível de satisfação e 5 indica baixo nível de satisfação. Um, numa análise retrospectiva avaliava o conteúdo das cartas de agradecimento, escritas de forma voluntária e espontânea a um serviço de internamento em CP, manifestando gratidão e satisfação pelos cuidados prestados por toda a equipa aos doentes e família. Dois outros, revelaram um adequado controlo de sintomas (doentes em domicílio, seguidos por um grupo de apoio ao doente terminal, foi efetuado um inquérito com perguntas fechadas por entrevista pessoal e telefónica) e um bom nível de conforto (doentes em fim de vida, internados num hospital de agudos, onde foi aplicado o Holistic Con-

fort Questionnaire-Family, concebida por (Apóstolo & Kolcaba, 2009), e validada para o contexto português por (Matos J.F. 2012) que avalia o conforto (físico, ambiental, sociocultural e psico/espiritual) constituído por 49 afirmações com respostas em escala do tipo Likert, com scores de 1 a 6, onde 1 significa discordo totalmente e 6 significa concordo totalmente). Como a manutenção do conforto e o controlo sintomático são elementares para o doente em fim de vida, pressupõe-se assim que a família se encontre satisfeita pelos cuidados prestados.

**Conclusão:** Os resultados dos estudos obtidos embora escassos são um importante contributo para o conhecimento da satisfação dos familiares em CP. Podemos afirmar que a prestação de CP em diversos contextos pode contribuir para a satisfação da família relativamente aos cuidados de saúde prestados.

**Palavras-chave:** Satisfação, família, cuidados paliativos.

## PO 05

### CUIDADOS PALIATIVOS NA DEMÊNCIA TERMINAL

Helena Maurício; Ana Teresa Gonçalves; Cátia Pereira; Carla Madureira Pinto; Rui Alexandre Terras; Andrei Gradinaru; Raquel Gil; Tânia Afonso; Rita Silva; Miguel Alves; Joana Martins; Maria João Castro; Diana Pires Fernandes; Ana Rita Lopes; Margarida Coelho; Carlos Abel Pereira; Eugénia Parreira Madureira  
*Serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade de Bragança*

**Tema:** Cuidados Paliativos em doentes não oncológicos

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos (CP) têm uma área de atuação específica mas simultaneamente abrangente. Têm como princípio universal proporcionar alívio dos sintomas geradores de sofrimento, ajudando o doente e a família do mesmo, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida. Demência terminal define-se pela presença de confusão, desorientação, deterioração da comunicação, alterações comportamentais, incapacidade de auto-cuidado, incontinência fecal e urinária, atrofia muscular, infeções recorrentes, úlceras de decúbito.

**Objetivos:** Avaliar a importância dos CP numa mulher de 82 anos de idade, professora reformada, institucionalizada, com diagnóstico de Demência terminal.

**Material e métodos:** Acompanhamento da evolução clínica através dos registos clínicos da doente referida, seguida pela equipa de CP.

**Resultados:** Antecedentes de fratura bilateral do colo fémur, hipotireoidismo, seguida desde os 79 anos por Neurologia por quadro

demencial, inicialmente ainda com capacidade para realização das atividades domésticas básicas, mas com deterioração cognitiva grave que levou à institucionalização. Em 4/2016 solicitada pelo médico assistente observação pela Unidade de Cuidados Paliativos por úlcera de pressão sacrococcígea. Nessa observação a doente apresentava-se emagrecida, pálida, não colaborante, não responsiva apresentando a úlcera fundo necróticoexsudativo, com osso visível. Procedeu-se a colocação de algália e SNG, tendo sido feita necrosectomia da úlcera, antibioterapia empírica e iniciados cuidados de penso (com morfina 5mg antes do início), bem como fisioterapia adequada. Medicada com IBP, levotiroxina, mirtazapina 15mg id, buprenorfina 35µg transdérmica 72/72h, rivastigmina 13.3mg/24h transdérmica. Após reacção cutânea à medicação transdérmica, feito desmame progressivo, com ajuste para medicação oral. Apresentou ainda uma intercorrência infecciosa por infecção urinária, tratada com bólus de gantamicina e ciclo de amoxicilina + ácido clavulânico, juntamente com substituição da algália. Com a evolução e tratamentos progressivos, verificou-se um aumento ponderal, resolução total da úlcera e uma melhoria a nível comportamental, tendo a doente passado a responder correctamente a perguntas simples, e tornando-se mais faladora e comunicativa (apesar de manter desorientação temporo-espacial), tendo mesmo passado a fazer as refeições no refeitório.

**Conclusão:** Com uma abordagem multidisciplinar (Cirurgia geral, Neurologia, Medicina Geral e Familiar, Fisioterapia, Nutricionista), com consequentes ajustes terapêuticos necessários, embora sem possibilidade reverter o quadro de demência avançada, neste caso verificou-se uma melhoria do quadro de caquexia e após resolução da úlcera de pressão, observou-se uma melhoria significativa da qualidade de vida da doente, bem como dos seus cuidadores.

## PO 06

### **SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Nuria García Martínez; Natalia Martín Rivera; Andrea Taboada López; Ana Bermejo Arruz  
SACYL

**Tema:** Cuidados Paliativos em pessoas idosas

**Objetivos:** Revisión de las características del síndrome de desmoralización analizando las diferencias respecto a los cuadros depresivos

*en una paciente atendida por el equipo domiciliario de Cuidados Paliativos.*

**Métodología:** *Análisis de caso único. Mujer de 83 años, diagnosticada de ADC Gástrico en estadio IV. Conoce el diagnóstico, el pronóstico, tiene conciencia de enfermedad y desea ser informada de todos los detalles de su evolución y del tratamiento. Existe sufrimiento emocional principalmente por la pérdida de autonomía y por el temor a una muerte próxima. No hay conspiración del silencio dentro de la familia. Los síntomas iniciales que presenta son: anorexia, ascitis, astenia, dolor en zona lumbar, edemas, Ictericia, Insomnio de conciliación y mantenimiento, hipotimia, labilidad emocional, tendencia al aislamiento social, percepción intensa de amenaza vital, rumiaciones y pensamientos intrusivos relacionados con la enfermedad, capacidad hedónica mantenida.*

**Resultados:** *Se realiza un diagnóstico diferencial con las siguientes patologías:*

- Depresión Mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno depresivo inducido por sustancias
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido
- Síndrome de desmoralización: definido por Kissane y Kelly (2002) y que se caracteriza principalmente por síntomas afectivos de angustia existencial, desesperanza o pérdida del sentido de la vida, actitudes cognitivas de pesimismo, impotencia y sentimientos sobre un futuro incierto.

**Conclusiones:** *Algunas de las diferencias que se establecen con el concepto de depresión son:*

- La desmoralización se caracteriza por sentimientos de incompetencia subjetiva e impotencia (no saber que hacer) mientras que la depresión se caracteriza por anhedonia (no tener ganas de hacer)
  - Capacidad hedónica conservada en la persona desmoralizada pero no en el paciente deprimido
  - El paciente desmoralizado puede sonreír, reír y expresar un rango amplio de afectos apropiados al contexto
  - Los síntomas somáticos son tan importantes como los cognitivos en la depresión. En la desmoralización los síntomas principales son los emocionales ya que los físicos tienen una fuerte base orgánica (no cognitiva)
- Palabras clave:** Desmoralización, depresión, Cuidados Paliativos, diagnóstico diferencial.



## PO 07

### ESPERANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS: DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Miguel Alexandre Alves; Liseta Gonçalves; Teresa Ramos; Eugénia Madureira  
*Unidade Local de Saúde do Nordeste*

**Tema:** Esperança em Cuidados Paliativos

**Introdução:** A doença terminal tem repercussões ao nível biopsicossocial e espiritual no ser humano. Lidar com a doença e com as incertezas do futuro torna-se uma tarefa mais fácil quando existe esperança. Manter a esperança é vital. A sua importância adota maior relevo em Cuidados Paliativos, cujos objetivos residem na promoção do conforto e alívio de sintomatologia com intuito de preservar a dignidade humana. Tem um efeito positivo na saúde do doente, já que contribui para superar melhor situações de crise e a qualidade de vida. A esperança, por si só, constitui um recurso que ajuda os cuidadores a enfrentar o dia-a-dia e a manter significado nas suas vidas e nas adversidades do cuidar, para que a morte constitua um momento de aprendizagem e não de sofrimento.

**Objetivo:** Caracterizar a esperança do doente relacionando-a com o estado clínico; Determinar a relação entre esperança e conforto.

**Metodologia:** Estudo de caso e análise retrospectiva do processo.

Caso clínico: Mulher de 40 anos, previamente autónoma, vive com o marido e dois filhos menores, com óptimo suporte familiar. Apresenta antecedentes de fibroadenoma com posterior exérese aos 21 anos. Em 2015 foi-lhe diagnosticado neoplasia da mama esquerda estadio IV com metastização ganglionar. Realizou quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. Em fevereiro de 2016 é submetida a mastectomia radical esquerda. Após 8 meses diagnosticam-lhe metástases cerebrais e ósseas. Iniciou lapatinib 250 e capecitabina 500. Com o início da quimioterapia desencadeia um quadro de náuseas e vômitos. Em novembro é referenciada e seguida por uma equipa domiciliária em Cuidados Paliativos. Apresentava um *Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)* de 3 na primeira visita domiciliária. Nas sucessivas visitas observou-se um declínio rápido do seu estado geral, com vômitos, diarreia e prostração, em fase de negação da doença, com corte relacional com os filhos e o marido. Foi integrada numa unidade de internamento em Cuidados Paliativos. À admissão apresentava um frágil estado clínico com uma hiponatrémia hipotónica hipovolémica severa e agravamento da função renal com uma hipocaliémia grave. Concomitantemente apresentava-se letárgica, com severa debilida-

de das suas capacidades físicas e intelectuais, sem forças perante a adversidade. Com a instituição de medidas terapêuticas, a doente paulatinamente foi evoluindo favoravelmente, com recuperação da vitalidade e melhoria do estado geral, recuperando as forças e a vontade de viver. Internada durante 46 dias, teve alta com a atitude de agarrar a vida e reviver cada momento. Mantém apoio domiciliário da Unidade de Cuidados Paliativos e a esperança de um dia a dia de qualidade.

**Discussão:** O Homem pode encontrar sentido para a vida quando confrontado com uma situação de desesperança, ou seja, quando enfrenta uma fatalidade que não pode ser alterada. Torna-se essencial identificar os problemas e dificuldades dos doentes em fase terminal e ajudá-los a recuperar e a reabilitar quer ao nível biológico, psicoemocional e/ou social, sempre numa atitude culturalmente sensível. Uma avaliação sistemática dos sinais e sintomas é crucial para o auxílio da equipa multiprofissional na definição de prioridades para cada doente, bem como para a ajuda na interação da dinâmica familiar para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados. É nessa sensibilidade e apoio sustentado que os doentes podem encontrar caminhos e evoluir numa reação mais ou menos adaptativa. Ou seja, é essencial ajudá-los a mobilizar motivação, recursos cognitivos, comportamentos e sentimentos de autoeficácia, necessários para exercer um controlo sobre os acontecimentos sobre a sua doença e sobre a sua vida.

**Conclusão:** A esperança de reencontrar o caminho com o apoio incondicional dos Cuidados Paliativos para manter um dia a dia com a qualidade e dignidade que qualquer ser humano tem direito.

## PO 08

### TRABALHO RETIRADO

## PO 09

### E QUANDO TODA A FAMÍLIA ADOECE?

Diana Pires Fernandes; Maria João Castro; Helena Maurício; Andrés Carrascal; Eugénia Madureira  
*ULSNE- Bragança*

**Tema:** Família e Cuidadores

**Introdução:** Desde sempre se reconheceu que a família é um dos pilares essenciais na formação da identidade do ser humano. Esta é parte ativa no seu desenvolvimento e representa uma rede de apoio social, emocional e económica para os indivíduos. Assim se compreende que a família seja considerada uma unidade básica da socie-

dade, dentro da qual os seus elementos se influenciam e colaboram para um bem-estar comum.

Tendo em conta as noções básicas de Cuidados Primários, cada vez mais se reconhece que o agregado familiar é o suporte dos cuidados desenvolvidos na comunidade e, portanto, da fomentação de comportamentos saudáveis e consequente prevenção de doenças. Pois bem, apesar de nos Cuidados Paliativos a necessidade de cuidar ter um propósito diferente, o meio pelo qual o fazemos deve ser similar.

**Objetivo:** Reconhecimento da necessidade de atuação sobre o binómio indivíduo-família na prestação de cuidados a doentes em fim de vida.

**Material e métodos:** Foi feita uma revisão bibliográfica no sentido de perceber em que medida os Cuidados Paliativos podem interferir na rotina familiar e na gestão de necessidades inerentes ao acompanhamento de um doente em fase terminal.

**Resultados:** Partindo do princípio que “os comportamentos de saúde e doença são aprendidos no contexto familiar e que esta unidade é afetada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde” (Hanson & Boyd, 1996), torna-se essencial perceber a complexidade das relações interpessoais e o nível de funcionalidade de cada agregado.

Cabe à equipa de Cuidados Paliativos a função de desmistificar todas as mudanças e dúvidas que surgem ao longo desta caminhada. Para tal, é essencial o incentivo à comunicação pois só assim se consegue antever necessidades (sociais, emocionais ou materiais) e atuar em conformidade com o reajuste de interações e rotinas.

**Conclusão:** A sobrecarga familiar associa-se a altos níveis de depressão, ansiedade e stress, que podem ser prevenidos se houver uma gestão e distribuição eficaz das tarefas entre cuidadores profissionais e informais. A comunicação exata sobre a evolução do doente e o ponto de situação face a um desfecho inevitável, é essencial para que o núcleo familiar possa estabelecer metas realistas e possa prepara-se para tal acontecimento.

## PO 10

### DESFAZER NÓS PARA CONSTRUIR O NÓS: O LUGAR DA NARRATIVA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Susana Vasconcelos Teixeira Magalhães; Carlos Costa Gomes  
*Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa Universidade Fernando Pessoa*

**Tema:** Formação

A nossa história é sempre mais do que uma narrativa individual, é um verbo, um evento plural, co-autoral que depende de leitores e de ouvintes. Para construirmos um Nós é necessário promovermos a transformação do espaço neutro, anónimo, sem rosto (que frequentemente encontramos em diferentes contextos dos cuidados de saúde) num lugar identitário, histórico, relacional. Um dos obstáculos à implementação de uma verdadeira intersubjectividade na prática médica a resistência à invasão da privacidade, não só pelos doentes, mas também pelos médicos: os doentes autorizam os profissionais de saúde a invadirem a sua privacidade face à ameaça da doença e da morte, e salvaguardados pelo dever do sigilo médico; os médicos não se permitem conhecer o doente, porque tal conhecimento seria um sinal da fragilidade da sua própria privacidade. À semelhança do olhar que se esconde da morte alheia para não ter que se confrontar com a sua própria morte, o olhar que teima em não ver o doente, fixando-se exclusivamente na doença, só pode ser resgatado por uma mudança de perspetiva.

A diversidade de discursos no corpo doente e as diferentes linguagens faladas pelos intervenientes nos cuidados de saúde exigem que se valorize novamente o papel da Testemunha. Tornamo-nos doentes na presença do Outro: O que testemunha a nossa transformação, o que cuida de nós, o que nos reconhece como pessoas que não o deixam de ser por estarem doentes. A falha na visibilidade da pessoa em detrimento do doente e da doença tem um correlato na visibilidade excessiva do profissional em detrimento da pessoa que se transforma e cresce no exercício da prática médica. Pela escrita e pela leitura, pela escuta, interpretação, representação e imaginação, propomos um programa de formação para médicos e internos de especialidade de Oncologia e Cuidados Intensivos baseado na Medicina Narrativa como um instrumento para a construção da relação doente/cuidador, para um alargamento e aprofundamento do conhecimento de si mesmo, para fins de investigação qualitativa e quantitativa cujos dados permitam melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A Medicina Narrativa não se reduz a estratégias de comunicação, nem

é exclusivamente centrada no doente. Trata-se de uma área do conhecimento dentro da Medicina que explora, investiga e promove a intersubjetividade nos cuidados de saúde, construindo um modo de olhar, atitudes e práticas centradas na relação através do desenvolvimento de capacidades narrativas. O foco não é apenas o doente, mas sim o médico e outros profissionais de saúde em diálogo entre si, com o doente, com a família, com os gestores das instituições de saúde e com os decisores políticos. Há hoje três principais desafios que se perfilam no horizonte dos profissionais de saúde, dos doentes, e seus familiares e das diversas comunidades em geral: A gestão do tempo, a comunicação e a tomada de decisão partilhada, numa era digital, num mundo aparentemente globalizado, e no paradigma da medicina baseada na evidência. O nosso programa de formação *Near My Patient* (NMP) insere-se no âmbito do projeto de investigação em curso intitulado Nós: narrar, ouvir e saber: Histórias que contagiam, co-financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian (<https://gulbenkian.pt/iniciativas/innovar-em-saude9/humanizacao-em-saude/>) e em parceria com a Fondazione ISTUD (<http://www.medicinanarrativa.eu/projects>). *Near My Patient* tem duas grandes áreas: Narrativa e Comunicação e Deliberação e Tomada de Decisão Ética. Os materiais de formação são narrativas literárias, cinematográficas, vídeos, pinturas e outras formas de expressão artística, bem como histórias contadas pelos próprios profissionais, cujo registo escrito é recolhido e analisado através de *software* de análise semântica, após obtenção do consentimento informado para o efeito. A partir das categorias que se destacam nesta análise, pretende-se promover a reflexão sobre as atitudes e perspetivas dos profissionais face à sua relação com os doentes e familiares, com as suas equipas e com a comunidade em geral; e face às dificuldades na deliberação e tomada de decisão em situações que envolvem conflitos éticos. Ao longo da formação pretende-se desfazer estes nós, transformando-os em oportunidades para a construção de um verdadeiro Nós.

## PO 11

### FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS – ATIVIDADE DO NORDESTE TRANSMONTANO

Ana Catarina Pires; Teresa Ramos; Liseta Gonçalves; Jacinta Fernandes; Duarte Soares; Clara Jorge; Joana Freire; Guilherme Carita  
*ULSNE - Bragança*

**Tema:** Formação

**Introdução:** A evolução da medicina nos últimos anos trouxe além de melhorias em saúde a necessidade de desenvolvimento de uma medicina de acompanhamento em fim de vida. Como nova área do conhecimento, os Cuidados Paliativos, apresentavam-se como uma lacuna na formação dos profissionais de saúde. A implementação de Equipas Multidisciplinares nesta área exigiu atividade formativa intensa, para que, novos Recursos Humanos com capacidade técnica pudessem surgir.

**Objetivos:** Pretendeu-se avaliar quantitativa e qualitativamente a atividade formativa realizada no Nordeste Transmontano desde o ano de 2008 até à presente data.

**Material e métodos:** Foram recolhidos dados de todas as entidades formativas da região, na área da saúde, através de consulta retrospectiva dos ficheiros das diferentes entidades e compilação dos mesmos em base de dados Excel<sup>®</sup>. Os dados foram posteriormente categorizados e estudados descritivamente.

**Resultados:** Após a análise dos dados verificou-se que a grande maioria dos cursos se dirige à Equipa Multidisciplinar, havendo predomínio de médicos e enfermeiros nos grupos formados. No universo de formandos em causa, verifica-se uma boa adequação da carga horária. Observou-se que a grande maioria das formações foram lecionadas por formadores internos das instituições. Relativamente ao nível de formação em Cuidados Paliativos, na sua maioria identificaram-se as Pós-Graduações e os Cursos Básicos de Cuidados Paliativos.

**Conclusões:** Com este estudo pudemos concluir que existe na região estudada, para os Recursos Humanos em atividade na área dos Cuidados Paliativos, uma carga horária formativa relevante. Reconheceram-se alguns vazios formativos nomeadamente na formação da comunidade, família e cuidadores formais e informais. Concluiu-se ainda que a grande maioria das formações foi realizada por formadores internos, possivelmente relacionado com a distância geográfica da mesma. No global, fez-se tratou-se de uma formação pré-formatada. Salienta-se o grande esforço quantitativo das entidades formadoras, na unificação da equipa em torno de um saber, motivando os profissionais em torno



de uma prática humanizada da medicina.

## PO 12

### QUE NÍVEL DE FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS POSSUEM OS MÉDICOS INTERNOS?

Manuel André Gonçalves; Joana Freire; Daniela Coelho; João Rebelo Sousa;  
Ana Catarina Pires  
UCSP- Santa Maria, Bragança

Tema: Formação

**Introdução:** A formação em Cuidados Paliativos (CP) é reconhecida como um elemento essencial e determinante para a sua prática. Todos os profissionais de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, deveriam ter formação básica em Cuidados Paliativos, que idealmente iniciar-se-ia a nível pré-graduado. Um estudo realizado em Portugal, verificou que a inclusão de uma unidade curricular, dedicada aos CP nos planos de estudo conducentes ao exercício de profissões na área da saúde era pobre. Ao nível de formação pós-graduada, esta depende do interesse e investimento individual de cada profissional. Tendo em conta estes dados, importa conhecer o nível de formação dos internos numa região do interior do país.

**Objetivos:** Conhecer a formação pré e pós graduada dos médicos internos; secundariamente saber quais as necessidades em termos de formação.

**Métodos:** O inquérito por questionário foi divulgado junto dos internos através de mensagem de correio eletrónico enviada pelos autores do trabalho. O questionário anónimo, composto por seis perguntas, foi respondido via web com recurso à plataforma *Google Forms*.

O período de resposta decorreu entre 18 de dezembro de 2016 e 20 de janeiro de 2017 e resultou na obtenção de 26 respostas.

Os dados recolhidos foram armazenados numa tabela única e examinados com recurso ao EXCEL.

**Caracterização dos participantes:** Foram definidas três categorias para obter a caracterização dos participantes neste inquérito por questionário: categoria profissional, universidade e ano de licenciatura/mestrado. Categoria profissional: 42,3% (n = 11) internos de formação específica, 53,9% (n = 14) internos de ano comum e 3,8% outros (n = 1).

Universidade: maior número de respostas de médicos formados no ICBAS (26,9%, n = 7).

Ano de licenciatura/mestrado: variam entre 2012 e 2016, com o maior número de resposta a ser de 2014 (n = 10).

População em estudo: Médicos internos de ano comum e de formação específica.

Limitações: Taxa de resposta baixa.

**Resultados:** Teve formação em CP durante o curso universitário?

26 respostas, apenas 4 afirmaram que sim e 22 que não.

Se respondeu sim na anterior, que tipo de formação?

Obtivemos quatro respostas a esta pergunta, três responderam disciplina opcional (dois de Santiago de Compostela e um de Coimbra) e um “outro”- curso extracurricular.

Teve formação após o curso?

Responderam 26 colegas, apenas 6 tiveram algum tipo de formação pós-graduada e 20 afirmaram não ter.

Que tipo de formação em CP tem?

Obtivemos 26 respostas, 17 colegas marcaram nenhuma, 6 tem cursos com duração inferior a 30 horas e 3 tem cursos com duração superior a 30 horas.

Acha que seria útil ter mais formação em CP?

Responderam os 26 colegas e a resposta foi unanime, sim.

Sugestões para melhoria:

Nesta pergunta aberta, obtivemos 5 respostas que versam mais ou menos sobre o mesmo, mais formação: “Mais formação”, “Integrar CP na formação pré graduada”, “realização de um curso de formação avançada em CP”, “apostar em formação pré-graduada” e “formação obrigatória em especialidades da área”.

**Discussão:** O desenvolvimento do presente estudo permitiu obter dados para conhecer a formação em CP dos médicos internos. Os dados obtidos ajudam a perceber os principais obstáculos, facilitando intervenções para a melhoria da prestação de cuidados.

Quanto à formação pré-graduada com bases nos resultados mais facultadas deveriam seguir o caminho da FMUL, criando uma disciplina de CP obrigatória.

Em relação à formação pós-graduada seria útil disponibilizar cursos mais acessíveis e apostar em estágios obrigatórios em CP.

**Conclusão:** A formação pré e pós graduada dos médicos internos é ainda parca, apesar do interesse e disponibilidade destes em obter mais formação. Podemos concluir que há um longo caminho a percorrer.



## PO 13

### FATORES DE VULNERABILIDADE DE LUTO COMPLICADO EM FAMILIARES DE DOENTES PALIATIVOS

Sara da Veiga Fernandes

*Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos da Terra Fria*

**Tema:** Luto

**Introdução:** Em 2015 foram registados em Portugal 108 511 óbitos, dos quais, se estima que 69 a 82% se devam a doenças progressivas e incuráveis. A Organização Mundial de Saúde refere que os Cuidados Paliativos são cuidados de saúde especializados que assistem o doente e a família nas suas necessidades, na doença e no luto. Desta forma, o acompanhamento psicológico é um domínio de intervenção importante em Cuidados Paliativos. Os familiares de doentes com necessidades paliativas encontram-se em risco de desenvolver luto complicado, que pode afetar 10 a 20% dos enlutados. Conhecer os fatores de vulnerabilidade poderá contribuir para melhorar a qualidade da atuação do psicólogo neste contexto e permitir a elaboração de um luto mais saudável.

**Objetivos:** Verificar que fatores de vulnerabilidade são descritos, para que os familiares de doentes com necessidades paliativas com acompanhamento psicológico desenvolvam luto complicado.

**Métodos:** Metodologia qualitativa e descritiva. Foram considerados casos de uma Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos (UDCP) em que foi prestado apoio psicológico aos familiares ( $n = 40$ ) antes do óbito dos doentes, durante 9 meses. Posteriormente, 11 familiares (9 do sexo feminino e 2 do sexo masculino) prosseguiram para consulta de luto. Com base na revisão da literatura, acerca do luto e dos seus fatores de vulnerabilidade, procedeu-se à verificação e comparação dos fatores encontrados na amostra acompanhada.

**Resultados:** Os fatores de vulnerabilidade identificados para o luto complicado foram:

- 1) A deterioração e exaustão quando o período de doença é longo: Este fator foi observado em 39 familiares seguidos antes do óbito do doente e em 10 que transitaram para a consulta de luto;
- 2) Natureza da relação com o falecido: Familiares que perderam o cônjuge ( $n = 6$ , dos quais 5 eram esposas e 1 marido); Familiares que perderam uma figura parental ( $n = 2$ , ambos os elementos perderam o pai) e os que perderam o avô ( $n = 2$ , 1 neta e 1 neto). Houve necessidade de acompanhar, também, uma mãe defilhada;
- 3) Natureza do vínculo com o falecido: Na consulta de luto foram iden-

tificados vínculos de dependência com o falecido ( $n = 7$ ), relação ambivalente e conflituosa ( $n = 1$ ) e vinculação segura ( $n = 3$ ).

4) Funcionamento familiar: Membros de famílias funcionais ( $n = 8$ ) e disfuncionais ( $n = 3$ ).

5) Recordações dolorosas do fim de vida. Os 11 familiares descreveram o momento como traumático.

6) Óbito do doente até 6 meses após o diagnóstico. Na consulta de luto não se encontraram familiares de doentes com óbito até esse período após diagnóstico.

**Discussão:** O acompanhamento psicológico prestado aos familiares, anteriormente ao óbito do doente, teve um impacto positivo pois apenas 11 prosseguiram para a consulta de luto.

A consulta de luto é frequentada predominantemente por elementos da família nuclear, do sexo feminino, em que havia sobrecarga do cuidador e cuja perda foi descrita como uma experiência traumática. Alguns enlutados apresentavam relações de dependência, ambivalentes e conflitos com o falecido, enquanto outros apresentavam vínculos positivos, que os reforçavam emocionalmente. Esta variação do tipo de vínculo e funcionamento familiar pode ser interpretada através da visão relacional do luto.

O fator de vulnerabilidade relacionado com o óbito até 6 meses após o diagnóstico não se constatou, devido ao facto de os familiares residirem em áreas geográficas não abrangidas pela UDCP. Só se realizou acompanhamento psicológico aos familiares que se deslocaram para a área de residência do doente, enquanto este se manteve com vida. Tendo em conta os fatores de vulnerabilidade encontrados, pode observar-se que a consulta de luto é frequentada por um grupo de risco, que poderá desenvolver um quadro de luto complicado.

**Conclusões:** O acompanhamento psicológico em Cuidados Paliativos pode ser um fator protetor e facilitar a resolução do processo e luto.

## PO 14

## QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR RECURSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A TAXA DE RESPOSTA E A VALIDADE DOS DADOS RECOLHIDOS

Martins-Branco, D.<sup>1,2</sup>; Feio, M.<sup>2</sup>; Ferraz Gonçalves, J.<sup>3</sup>; Soares, D.<sup>4</sup>; Lopes, S.<sup>5</sup>; Gomes, B.<sup>1,6</sup>

*1King's College of London, Cicely Saunders Institute, Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, London, United Kingdom; 2Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE; 3Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE; 4Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE; 5Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 6Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina*

**Tema:** Metodologia de Investigação

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos (CP) em Portugal têm vindo a desenvolver-se de forma irregular desde o final do século 20. Têm sido implementadas medidas no sentido de ampliar e uniformizar esses recursos pelo que é importante avaliar a sua evolução.

**Objetivo:** Analisar a utilização de um questionário postal/electrónico para recolha de dados relativos à evolução, distribuição e características dos recursos de CP em instituições públicas de Portugal continental: Hospitais, unidades de CP (UCP) e equipas comunitárias de suporte em CP (ECSCP).

**Metodologia:** Entre set. e dez. de 2016, realizámos um inquérito postal/electrónico nacional recolhendo dados sobre a evolução de recursos em CP entre 31/01/08 e 30/01/15. Com base nesta experiência, identificámos e discutimos 8 aspetos a ter em conta no desenho e implementação de um inquérito.

**Resultados:** A taxa global de resposta foi de 70% (44 respostas/63 elegíveis). Apenas 27% (12/44) foram devolvidos por via postal; os restantes foram enviados via correio eletrónico. A taxa de resposta das instituições hospitalares foi de 63% (29/46). Das UCP da RNCCI, 80% (8/10) responderam ao questionário. Todas as ECSCP responderam (7/7). Foi registado um aumento de equipas de CP nas 3 tipologias ao longo do período do estudo. Os seguintes aspetos foram identificados: 1) Fundamentação do método de recolha de dados: Devido à restrição de tempo e ao número de instituições envolvidas, foi escolhido um questionário semi-estruturado; 2) Forma de envio: para otimizar a taxa de receção e resposta, cada instituição recebeu o questionário por via postal e por correio eletrónico dirigido ao presidente do conselho de administração e/ou diretor clínico da instituição/equipa de CP; 3) Ma-

terial de apoio: juntamente com o questionário foi enviada uma carta convite, um folheto informativo com um resumo do estudo em que se insere o questionário e um envelope de resposta sem franquia; 4) Formatação: O questionário e o material de apoio foram desenvolvidos de forma a serem apelativos, claros e concisos de forma a potenciar a taxa de resposta, com base na revisão da *Cochrane - Edwards et al* 2009; 5) Validade e fiabilidade: o questionário foi discutido entre um painel de peritos, composto por médicos especialistas e investigadores com experiência em CP; 6) Lembretes e seguimento de taxa de respostas: foram enviados emails e realizados contactos (email e/ou telefone) para confirmar a receção dos documentos, esclarecer dúvidas e apurar dificuldades no preenchimento; 7) Recolha de dados: os dados foram armazenados numa base de dados em ficheiro Excel protegido e a confidencialidade foi assegurada; 8) Análise da validade da informação recolhida e dados omissos: durante e após a recolha de dados foi analisada a heterogeneidade e a distribuição de respostas em cada item - a determinação de categorias para quantificar as características dos diferentes serviços constituiu um desafio tendo em conta a variabilidade do volume de doentes; adotámos alguns pressupostos para minimizar dados omissos.

**Conclusão:** A utilização do método de inquérito postal/electrónico permite uma recolha de dados quantitativos com perguntas fechadas de uma forma rápida, barata e válida. Contudo a taxa de resposta poderá ser inferior comparada com outros métodos, requerendo um grande número de contactos adicionais para obter resposta. Este estudo obteve dados importantes que permitem uma melhor definição destas categorias no futuro, bem como estimativas de taxas de recrutamento. A duração do preenchimento do questionário foi reportada como mais longa do que o previsto em alguns casos. Para corrigir aspectos ao nível da validade e reprodutibilidade do questionário, destaca-se a importância de validar previamente o questionário de forma mais ampla.



## PO 15

### **“ARE WE THERE YET?” ACHIEVING DATA SATURATION IN A QUALITATIVE STUDY OF FAMILY CARERS’ EXPERIENCES WITH HOME PALLIATIVE CARE**

Maja de Brito<sup>1</sup>; Lucy Selman<sup>2</sup>; Vera Sarmento<sup>1</sup>; Duarte Soares<sup>3</sup>; Jacinta Fernandes<sup>4</sup>; Bruno Fonseca<sup>5</sup>; Liseta Gomes<sup>6</sup>; Edna Gonçalves<sup>7</sup>; Bárbara Gomes<sup>1,8</sup>

1 King’s College London, Cicely Saunders Institute, Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, London, United Kingdom 2 University of Bristol, School of Social and Community Medicine, Bristol, United Kingdom 3 Unidade Local de Saúde do Nordeste – ULSNE, Hospital de Bragança, Departamento de Cuidados Paliativos, Bragança, Portugal 4 Unidade Local de Saúde do Nordeste – ULSNE, Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos - Planalto Mirandês, Miranda do Douro, Portugal 5 Unidade Local de Saúde de Matosinhos – ULSM, Equipa de Cuidados Paliativos, Matosinhos, Portugal 6 Unidade Local de Saúde do Nordeste – ULSNE, Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos – Terra Fria, Portugal 7 Centro Hospitalar São João, Serviço de Cuidados Paliativos, Porto, Portugal 8 University of Coimbra, Faculty of Medicine, Coimbra, Portugal

**Tema:** Metodologia de Investigação

**Introduction:** Family carers are at the frontline of practical, emotional, and social support for patients in home-based palliative care. Understanding their experiences can help in planning support interventions and improving home palliative care services. Qualitative research helps reveal the unique and complex nature of the caregiving experience. However, to develop a comprehensive understanding of these experiences, data saturation (i.e. a point where no new themes emerge and there is a recurrence of responses) should be achieved.

**Objective:** To analyse the process of achieving saturation with the intent to inform the development of a model of experiences of home palliative care in family carers.

**Methods:** Secondary analysis of qualitative data from a cross-sectional survey, including face-to-face interviews with a purposive sample of adult family carers of patients from four home palliative care services in the North of Portugal. We used thematic analysis to examine responses to two open-ended questions, spontaneously occurring comments, and interviewers’ field notes. Saturation was defined as the point in data analysis when no additional issues emerge from the data. This was analysed on the level of code (code saturation) and meaning within the code (meaning saturation).

**Results:** We included twelve carers who took part in interviews with content relevant to the aim of the secondary analysis. Their median age was 55 (of the patients, 77) and 2 were men. Carers’ relationship to

the patients differed: 6 were spouses, 5 were adult children, and 1 was a sibling. Three main themes related to the experience of carers with palliative care at home emerged from the analysis: (1) being a carer, (2) interacting with the home palliative care team, and (3) the process of caregiving. A preliminary model of the home caregiving experience was developed from these themes. The coding frame stabilised after the 5th interview (code saturation). Nevertheless, the meaning of some of the most important codes within the 3 main themes has not finished developing even after the 12th interview. The analysis will continue until meaning saturation is achieved.

**Conclusions:** This study shows the importance of defining data saturation beyond the level of a code, taking into consideration the development of the meaning within codes, with a view to achieve objectives of a qualitative study. Although the main themes stabilised and the main traits of a preliminary model of the carers’ experiences with home palliative care can be seen, some aspects that are crucial for a comprehensive understanding of this phenomenon remain unknown. We will purposively increase the sample and continue the analysis until meaning saturation is achieved to enhance the validity of recommendations for interventions and service organisation.

*Funding:* Calouste Gulbenkian Foundation

## PO 16

### **INTERAÇÃO ENTRE UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS E SERVIÇO DE FISIATRIA NO INTERIOR NORTE PORTUGUÊS: CASUÍSTICA DE ATIVIDADE**

Hália Seixas Cunha; Alice Aurora Machado Teixeira Rodrigues Flores  
ULSNE Unidade Hospitalar de Macedo Cavaleiros

**Tema:** Organização/gestão de serviços

**Introdução:** Com a melhoria da acessibilidade de Cuidados Paliativos (CP) no país, são cada vez mais os doentes admitidos em fases mais precoces da doença e maior autonomia. Isto permite que os profissionais de reabilitação intervenham e contribuam decisivamente para mais capacidade de escolha, independência de terceiros e qualidade de vida. Contudo, a evidência sobre a interface entre estas duas áreas permanece reduzida.

**Objetivo:** Descrever a casuística de doentes internados em UCP e referenciados para a fisioterapia.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo. Dados colhidos entre

01/01/2016 e 01/12/2016. Critério exclusão: Doentes referenciados apenas para avaliação pré transferência a outra unidade RNCCI.

**Resultados:** Num período de 11 meses, foram referenciados para a Fisiatria 36 (N) doentes, 14 masculinos e 22 femininos, com idade média de 71,6 anos (min. 18 máx. 91). Como diagnósticos principais destacam-se 28 neoplasias: Pulmão (n = 6); gástrico (n = 4); colon (n = 4); próstata (n = 4), mama (n = 2); cerebral (n = 2); outros (n = 6) e 8 não oncológicos: Acidente vascular cerebral (n = 2); DPOC (n = 2); insuf. Cardíaca (n = 2); outros (n = 2). Como sinais/sintomas mais frequentes, destacam-se a dor (n = 19) nomeadamente óssea, secreções (n = 14), dispneia (n = 8), astenia (n = 7) e anorexia (n = 5), entre outros. Após referência, somam-se um total de N = 688 intervenções de reabilitação (min. 0, doente que faleceu antes de iniciar sessões de cinesioterapia para alívio de secreções e máx. 70), destacando-se a cinesioterapia (n = 244 intervenções), o fortalecimento muscular (n = 184) e o treino de equilíbrio e marcha (n = 97) como as mais frequentes.

**Discussão:** Esta casuística contribui para demonstrar a pertinência de intervenções de reabilitação em contexto de UCP, nomeadamente cinesioterapia, fortalecimento muscular e o treino de equilíbrio e marcha. Contudo, no nosso entender, o número de doentes referenciados a Fisiatria é ainda baixo. Tal pode ser explicado em parte, pelo ainda baixo grau de autonomia mas também por existir acesso a enfermeiros de reabilitação na própria unidade, o que pode ser útil evitando deslocações desnecessárias dos doentes. Finalmente, entendemos que a saída da RNCCI, contemplada no plano nacional de CP, poderá libertar recursos, anteriormente adstritos a questões processuais, como o caso de fisiatria, para intervenções com maior impacto clínico. Sintomas como a astenia e anorexia podem estar a ser subvalorizados pelo baixo número de registos observados, tendo um impacto relevante na qualidade de vida. Serão necessários mais estudos, em Portugal, com o objetivo de entender a interface entre estas duas áreas clínicas.

**Conclusões:** O conhecimento sobre o impacto da reabilitação no seio de CP é ainda escasso. No entanto, a experiência clínica demonstra-se promissora. Doentes referenciados mais precocemente, mais recursos humanos e reapreciação da astenia e anorexia como sintomas relevantes, podem ser pontos-chave a considerar no futuro.

## PO 17

### UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS NUMA REGIÃO DO INTERIOR NORTE DE PORTUGAL: ANÁLISE CASUÍSTICA

Manuel André Gonçalves; Joana Freire; Daniela Coelho; Joana Martins; André Reis  
UCSP- Santa Maria, Bragança, ULSNE - Bragança

**Tema:** Organização/gestão de serviços

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos (CP) são cuidados de saúde especializados para pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, qualquer que seja a sua idade, diagnóstico ou estadió da doença. Assim, importa observar a atividade de uma UCP no interior norte Português.

**Objetivos:** Caracterizar os doentes admitidos na UCP de Macedo de Cavaleiros e observar a evolução.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo descritivo. Período de estudo de 1 de janeiro a 30 de setembro de 2016. Foram usados os processos clínicos informatizados, SClínico. A análise foi feita com recurso ao SPSS (versão 23) e foram estudadas as variáveis sexo, idade, estado civil, agregado familiar, cuidadores, local de residência, tempo de permanência na UCP, falecimento e local de falecimento, alta, profissional/serviço de referência, motivo de referência, ECOG, tipo de doença oncológica, necessidade de controlo de sintomas e existência de outras patologias associadas.

**Resultados:** No período em estudo foram admitidos na unidade 156 utentes, dos quais 35,3% (n = 55) do sexo feminino e 64,7% (n = 101) do sexo masculino. Os utentes apresentavam uma idade média de 74,76 anos com desvio padrão de 12,22 anos, a partir do mínimo de 23 anos e máximo de 99 anos.

A maioria dos utentes admitidos era casada (49,4%; n = 77). Verificou-se que 35,9% (n = 56) moravam com o cônjuge e 34,6% (n = 54) moravam com pelo menos dois familiares.

O tempo de internamento variou entre o mínimo de 1 dia e máximo de 117 dias, valor médio de 25,5 dias.

72% dos doentes (n = 113) foram referenciado pelos cuidados de saúde hospitalar, 21% pelos cuidados de saúde primários e 7% por serviços externos.

Na data de admissão na UCP 7,7% (n = 12) dos utentes apresentavam ECOG 1, 17,9% (n = 28) tinham ECOG 2, 32,1% (n = 50) apresentavam ECOG 3 e 42,3% (n = 66) ECOG 4.

A maioria dos motivos de referência (84%; n = 131) era de natureza oncológica.

Dentro do grupo de neoplasias, as que mais se destacam são as gastrointestinais (GI) (n = 56) e urológicas (n = 21).

Dos sintomas não controlados destaca-se a dor (21,1%; n = 81), a anorexia (12%; n = 46), sintomas decorrentes da falha de múltiplos órgãos (12%; n = 46) e os sintomas psicológicos/psiquiátricos (10,9%; n = 42). Os utentes em análise apresentavam outras patologias associadas. Destaca-se a HTA (presente em 20,1% dos doentes; n = 67).

Dos 156 utentes 71,8% (n = 112) faleceram e destes 41 eram mulheres e 71 homens. O local do óbito foi em 92% (103) dos casos a UCP, 4 utentes faleceram numa unidade hospitalar e os restantes no domicílio/lar. Verificou-se que 31,4% (n = 49) dos utentes tiveram alta, 21 regressaram ao domicílio e 28 à instituição onde residiam, a maioria com apoio da equipa de paliativos domiciliários.

**Discussão:** Quanto à idade, podemos observar que em geral os utentes são idosos com uma idade média de 74,76 anos, o que é expectável dada a esperança média de vida da população portuguesa que é de 80,4 anos.

Com base nos resultados podemos perceber que a maioria tinha um suporte familiar com pelo menos um familiar, o que possibilitou em alguns casos a alta.

O tempo de internamento pode ser considerado prolongado, sobretudo quando comparado com outras unidades (do país ou da Europa) e são diversos os fatores que podem contribuir como referenciações tardias, mais co-morbilidades, menos autonomia, mais sintomas, menos apoio do domicílio, menos integração com outros serviços.

Analisando o ECOG, constatamos que 74,4% apresentava um valor maior a 3, o que indica um grau de dependência muito elevado, o que pode estar relacionado com uma referenciação mais tardia e um estadio mais avançado da doença, o que apoia o facto de a maioria dos óbitos terem ocorrido na UCP.

**Conclusão:** O número de referenciações dos cuidados de saúde primários subiram mas há ainda margem para melhorar.

Muitas referenciações são efetuadas tardiamente, devendo tentar alterar, algo que pode ter impacto na qualidade de vida do doente.

## PO 18

### TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PALIATIVOS, ONDE ESTAMOS? ANÁLISE DESCRITIVA

Joana Freire; Manuel André Gonçalves; Daniela Coelho; Joana Martins  
*UCSP- Santa Maria, Bragança, ULSNE - Bragança*

**Tema:** Organização/gestão de serviços

**Introdução:** As intervenções farmacológicas são ferramentas-chaves para o controlo sintomático em CP. Frequentemente, os doentes sofrem de sintomatologia múltipla, requerendo prescrição de vários grupos farmacológicos, nomeadamente laxante, depressora do SNC e opióide. Paralelamente, na fase avançada da doença o risco associado a certas medicações crónicas pode ultrapassar o benefício, advogando uma análise cuidadosa da sua pertinência terapêutica em contexto de Cuidados Paliativos.

**Objetivos:** Objetivo principal: Analisar a terapêutica individual à admissão, para verificar se os doentes em fase terminal estavam polimedicados e que tipo de medicação faziam. Secundariamente identificar os fármacos mais utilizados no internamento de uma UCP, nomeadamente terapêutica opióide, laxante e benzodiazepinas.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, período de estudo: 1 de janeiro a 30 de setembro de 2016, com base no processo clínico único de cada doente (SCLínico). Critérios de exclusão: Doentes admitidos na UCP antes de janeiro de 2016 e depois de 30 de setembro de 2016.

**Resultados:** Medicação à admissão: 53,8% (n = 84) dos utentes estavam polimedicados e 18 utentes não tinham prescrição de fármacos. Destacam-se: IBPs (prescritos em 49,36% dos doentes, n = 77), analgésicos opióides (47,44%; n = 74) e anti-hipertensores (39,74%; n = 62). Medicação utilizada na UCP, em média, cada utente tinha prescrito 5,65 fármacos. Destacam-se os analgésicos não opióides (utilizados em 77,6% dos doentes (n = 121); analgésicos opióides em 80,1% (n = 125); laxantes em 53,2% (n = 83) e corticóides em 52,6% (n = 82). Benzodiazepinas, destaca-se o lorazepam (56,3%; n = 49), midazolam (13,8%; n = 12) e alprazolam (10,3%; n = 9).

Laxantes: Estavam prescritos 158, em média cada utente utilizava 1,01 laxante. Destaca-se picossulfato (31,0%; n = 49), lactulose (29,7%; n = 47) e parafina (18,4%; n = 29).

Opióides: Estavam prescritos 186 opióides, em média cada utente utilizava 1,20 opióides. Destaca-se morfina utilizada em 50,0% dos doentes.

tes com opióides prescritos (n = 93) e fentanilo em 41,9% (n = 78). Na via preferencial de administração salienta-se a via oral utilizada em 92,9% dos doentes (n = 145); subcutânea (sc) em 53,8% (n = 84) e transdérmica em 53,8% (n = 84).

**Discussão:** Medicação antihipertensora, antidiabéticos, estatinas, IBPs ou suplementos são medicamentos que poderão eventualmente ser removidos em contexto de CP, se clinicamente possível, uma vez que em termos sintomáticos, o benefício é negligenciável. Ainda assim mais de 50% dos doentes do estudo estão polimedicados, valor elevado tendo em conta o potencial risco de interações.

Quanto à medicação mais utilizada é expectável que sejam os opióides, laxantes e benzodiazepinas, considerados essenciais, uma vez que permitem o controlo sintomático e proporcionam bem-estar.

As benzodiazepinas tem um papel importante no tratamento da ansiedade e insónias que muitas vezes acompanham este tipo de doente. Destaca-se o uso lorazepam dado que é relativamente seguro e fácil de administrar por via oral. Também devemos ter em conta o midazolam, ação rápida e curta duração, útil para sedação terminal.

Os laxantes são fármacos essenciais para tratar a obstipação, complicação frequente tanto pela patologia como pela medicação opióide. Permitem um grande alívio sintomático, proporcionado mais qualidade de vida.

Os opióides são uma ferramenta fundamental nos paliativos, uma vez que a dor é um dos sintomas mais prevalentes. A dor é muito incapacitante e uma das melhores atitudes médicas é tentar minimizá-la ao máximo.

É importante manter a via oral sempre que possível porque tem menos efeitos adversos, ajuda o trânsito intestinal e consideramos que aporta benefícios psicológicos para o doente.

**Conclusão:** Apesar de ser um estudo limitado, concluímos que é necessária uma análise cuidadosa à medicação essencial e fútil para maximizar o benefício. No entanto, não devem suspender-se abruptamente e para isso é essencial um esforço multidisciplinar.

## PO 19

### EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPA INTRA HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Rui Manuel Peredo Ricardo; Alice Aurora Machado Teixeira Rodrigues Flores; Maria de Lurdes Rodrigues Pradinhos; Maria Teresa Coutinho Aroso Ramos; Sara Maria Fernandes Costa Henriques dos Santos Costa; Sílvia Vera Morais Aleixo Asseiro

*ULSNE- Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos - Unidade de Macedo de Cavaleiros*

**Tema:** Organização/gestão de serviços

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos (CP) caracterizam-se por serem cuidados individualizados e diferenciados focados no bem-estar da pessoa com necessidades paliativas, promovendo a sua dignidade e maximizando, dentro do possível, a sua qualidade de vida. Quando a equipa intervém precocemente junto dos doentes, estes e suas famílias beneficiam, diminuindo a carga sintomática e aumentando o bem-estar.

**Objetivos:** Descrever a intervenção da Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHS CP) durante seis meses, numa unidade hospitalar.

**Material e métodos:** Consulta retrospectiva dos registos clínicos informáticos dos doentes observados pela EIHS CP, (foram excluídos os doentes que são internados ao cuidado da equipa) durante 6 meses no ano de 2016. Dados recolhidos: Género; idade; proveniência; data de admissão; data de sinalização; diagnóstico principal; conhecimento do diagnóstico; sintomas reconhecidos na primeira avaliação da equipa na escala de avaliação *ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)*; número de avaliações médicas; número de avaliações de enfermagem; intervenções da assistente social, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e capelão; destino; Estado funcional mediante a avaliação da *PPS (Palliative Performance Scale)*; Indicação sobre a ocorrência de reunião familiar com pelo menos um elemento da equipe presente; uso de opióides e episódios de urgência após a alta.

**Resultados:** Entre 01/07/2016 a 31/12/2016 a EIHS CP prestou cuidados a 63 doentes repartidos por três Unidades Hospitalares, 38 eram do género masculino e 25 do género feminino, com média de idades de 79 anos, o doente mais novo tinha 55 anos e o mais velho 110 anos. Os serviços com maior número de referências foram a Medicina Interna, com 43 doentes e a Cirurgia com 16 doentes. O tempo médio decorrido entre a admissão e a sinalização foi 7 dias, máximo



51 e mínimo no próprio dia. Os diagnósticos mais frequentes: Neoplasia do Colon/Reto (19%), Estômago e Pulmão (11%), e as doenças não oncológicas (20,8%). A maioria não conhecia o diagnóstico na primeira avaliação. Na avaliação da EIHSOP os doentes na sua maioria eram totalmente acamados com um PPS de 20 e 30%. Na escala de avaliação ESAS, que vai de 1 a 10 valores, a dor foi o sintoma que apresentou um valor médio de 4 na primeira avaliação, assim 45 doentes usavam opióides (morfina, fentanil, tramadol). Também se verificou que o valor médio do cansaço foi 5 e o bem-estar mostrava o valor 6, sendo este o maior valor médio, significando que os doentes exibiam baixo bem-estar, provavelmente devido a dor e ao cansaço. Todos os doentes seguidos pela equipa tiveram avaliação médica 2 vezes 11 doentes e 1 vez 52 doentes, com a responsabilidade de sugerir a orientação para as reavaliações necessárias dos restantes elementos da equipa, a avaliação de enfermagem 2 vezes 2 doentes e 1 vez em 55 doentes, a assistente social também se verificou 1 vez em 53 doentes e 2 vezes em 3 doentes, a avaliação da psicóloga com 3 avaliações e a nutricionista com 1, fisioterapeuta e o assistente espiritual não foi necessária a sua intervenção. A todos os doentes foi realizada reunião familiar, com pelo menos um dos elementos presentes. Faleceram no internamento Hospitalar 12 doentes (19%), 41 foram admitidos na Unidade CP (65,1%) e 10 tiveram alta para o domicílio (15,9%) com apoio das Equipas Domiciliarias em Cuidados Paliativos. Dos 10 doentes que tiveram alta apenas 3 recorreram ao serviço de urgência.

**Conclusão:** Durante os seis meses de avaliação a equipa teve resultados positivos na população alvo, demonstrando a abordagem holística que promove. Existiu um maior controlo de sintomas, manutenção da qualidade de vida e um melhor acompanhamento dos doentes e familiares durante o internamento. Requer-se, uma atitude interventiva e precoce da equipa para que deste modo também os doentes/cuidadores/familiares reconheçam o benefício.

## PO 20

### CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIÁRIOS – CASUÍSTICA DE 12 MESES DE ATIVIDADE

Ana Gonçalves; Cláudia Alves; Sara Regente  
*ULSNE*

**Tema:** Organização/gestão de serviços

**Introdução:** A prestação de Cuidados Paliativos (CP) preconiza a existência de equipas domiciliárias (Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos – ECSCP) que respondam às características e necessidades da população contudo, em Portugal é evidente a escassez deste tipo de recursos. As ECSCP poderão contribuir para diminuir o recurso aos serviços de urgência/internamentos em hospitais de agudos, reduzir custos no sector da saúde e, simultaneamente aumentar o número de óbitos no domicílio (local de morte de preferência de 50% da população portuguesa).

**Objetivos:** Descrever a atividade desenvolvida por uma unidade domiciliária de CP de 01/01/2016 a 31/12/2016.

**Material e métodos:** Estudo observacional descritivo retrospectivo. Dados colhidos de 1 janeiro a 31 dezembro 2016.

**Resultados:** No período em análise, a unidade domiciliária de CP acompanhou 206 utentes (n = 108 género masculino e n = 98 género feminino), dos quais 148 correspondem a novos utentes, 49 utentes antigos em seguimento e 9 são utentes antigos readmitidos. A média de idades é de 76,9 anos (idade mínima = 18 anos, idade máxima = 102 anos), a maioria dos utentes são casados 63,6% (n = 131), 56,8% com diagnóstico oncológico e 43,2% diagnóstico não oncológico. No total foram realizadas 5160 visitas domiciliárias pela equipa multidisciplinar (número médio de visitas/utente – 18,5) e 4183 contactos telefónicos (87,3% em períodos útil e 12,7% em período não útil). Dos 206 utentes, 145 foram visitados no domicílio e 61 em lar/família de acolhimento (FA) ou Unidade de Cuidados Continuados (UCC). Para os novos utentes (n = 148) a média de dias desde a referenciação à primeira avaliação foi de 3,4 dias, o nível de dor referida pelos utentes na admissão foi em média 2,1, 1,5 uma semana após a admissão e 1,1 duas semanas após a admissão. Faleceram 91 utentes, sendo a média de dias desde a primeira avaliação até ao óbito de 118,3, 35 utentes faleceram em casa, 20 em unidade de paliativos (UP), 18 em lar/FA/UCC e 18 no hospital. Os utentes com óbito foram acompanhados pela referida equipa no total 10546 dias, dos quais 7528 dias permaneceu-



ram em casa, 2445 dias em lar/FA/UCC e 573 dias em hospital/UP. No total 57 utentes tiveram alta da referida equipa.

**Discussão:** De um modo geral, verifica-se que a procura desta tipologia de CP ocorre quer por utentes oncológicos quer por utentes não oncológicos. O acompanhamento pela unidade domiciliária de CP (visitas domiciliárias da equipa multidisciplinar e/ou contactos telefónicos) parece contribuir para aumentar a probabilidade de permanecer e falecer do domicílio (casa, lar, FA ou UCC). Verifica-se que o nível da dor referida pelos utentes diminui após intervenção da equipa.

**Conclusão:** Em Portugal existe pouca evidência de Cuidados Paliativos domiciliários contudo, o aumento da procura e os resultados obtidos sugerem existir uma real necessidade desta tipologia de cuidados. Realça-se também a importância/contributo que este tipo de equipas parece apresentar no que se refere ao aumento da probabilidade de permanecer no domicílio e, inclusivamente de falecimento no mesmo.

## PO 21

### ACTIVIDADE DE FISIOTERAPIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIÁRIOS: UM ESTUDO OBSERVACIONAL

Nilza Ferreira

*Unidade Domiciliária da Terra Fria*

**Tema:** Organização/gestão de serviços

**Introdução:** O envelhecimento demográfico da população portuguesa resulta num aumento exponencial de necessidade de serviços de Cuidados Paliativos (CP) ao domicílio, incluindo cuidados de reabilitação. A reabilitação funcional em CP permite otimizar a autonomia, independência de terceiros, capacidade de escolha e dignidade. Contudo, a evidência sobre a atividade de fisioterapeutas a nível de CP domiciliários em Portugal permanece escassa.

**Objetivo:** Descrever a atividade desenvolvida pelo fisioterapeuta de uma unidade domiciliária de CP de 01/01/2016 a 30/06/2016.

**Métodos:** Estudo observacional descritivo.

**Resultados:** No período em análise, foram acompanhados 32 utentes (n = 11 masculinos e n = 21 femininos), a idade variou entre os 68 e 99 anos, numa média de 2,3 visitas semanais/doente (min. 1, máx. 5, desvio padrão 0,8), perfazendo um total de 424 visitas domiciliárias (17,7%, N = 2393), sendo N = 2393 o número total de visitas realizadas pela equipa multidisciplinar (N = 140 doentes). Dos 32 utentes referenciados, n = 22 não tinham avaliação prévia da funcionalidade,

medida pelas escalas de Barthel, Índice de Katz. Vinte e três utentes foram referenciados para o alívio de dor ou aliviar outros sintomas comuns em doenças oncológicas (fraqueza muscular, rigidez, fibrose, linfo-edema e fadiga). Quatro doentes foram referenciados exclusivamente para cinesioterapia respiratória. Dos 32 doentes, n = 14 melhoraram a sua capacidade funcional, n = 3 doentes mantiveram e n = 15 pioraram a sua capacidade funcional (Barthel e Katz). A totalidade dos doentes e familiares foi aconselhada sobre posicionamento e alívio de pontos de pressão e de relaxamento, assim como técnicas de levante do leito ou transferência. A cessação de apoio por fisioterapia deveu-se a: n = 14 por óbito, n = 11 por atingir objetivos, n = 5 tiveram alta da equipa e n = 2 continuam a ter seguimento.

**Discussão:** O apoio por fisioterapeuta em contexto de CP domiciliários revela-se desafiante. A complexidade e variedade das situações clínicas, a incerteza do prognóstico, a imprevisibilidade de agudizações e a gestão do sofrimento, foram identificados como os maiores desafios, exigindo uma preparação sólida e diferenciada. Outros desafios identificados incluíram: Fragilidade global dos doentes, existência de comorbilidades múltiplas, ECOG avançado, dependência, falta de colaboração (doenças neurológicas degenerativas, astenia, anorexia). Outros desafios a contornar incluem: As acessibilidades, nomeadamente as distâncias a percorrer exigem uma planificação rigorosa de forma a rentabilizar os recursos humanos e físicos; escassez de recursos humanos, nomeadamente a existência de mais fisioterapeutas e de uma terapeuta ocupacional. A fisioterapia centra-se na identificação e na maximização da qualidade de vida e potencial de movimento dentro das esferas da promoção, prevenção, intervenção e habilitação. Contudo, a abordagem multidisciplinar é fundamental neste contexto de atuação.

**Conclusões:** Os resultados parecem apoiar o potencial da reabilitação para melhorar o estado funcional, a qualidade de vida e controlo da dor nestes utentes. Contudo, os desafios impostos pela doença, pela logística e pelos recursos humanos deve ser tido em consideração. São necessários mais estudos sobre o real impacto clínico e económico de intervenções semelhantes.



## PO 22

### GLIOBLASTOMA MULTIFORME: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Silvia Stepu; Eduarda Soares

*Unidade de Cuidados Continuados de Vila Flor*

**Tema:** Sintomas: Dor e outros sintomas

**Introdução:** O glioblastoma multiforme é a neoplasia cerebral primária mais frequente na idade adulta, representando cerca de 40% dos tumores primitivos do Sistema Nervoso Central. A probabilidade de disseminação metastática deste tipo de tumor é reduzida, mas apresenta um potencial extremamente infiltrativo, tendo um prognóstico muito reservado com impacto no doente e família.

**Descrição do caso:** Doente de sexo masculino, com 69 anos, reformado (construção civil), casado. Família nuclear esposa e filho portadores de patologia psiquiátrica.

Antecedentes pessoais: Psoríase, hipertrigliceridemia, ansiedade e prótese total do joelho direito desde os 59 anos. Medicação crónica: metotrexato, lorazepam e fenofibrato.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) a 05/07/2015 por alteração da fala com 2-3 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava paresia facial central esquerda e disartria, sem outras alterações ao exame neurológico.

A TAC cerebral revelou “lesão frontal direita subcortical, hipodensa com aparente área capsular periférica grosseira e hiperdensa, sem evidência de edema vasogénico envolvente”. As análises realizadas não apresentavam alterações relevantes (glicose 132 mg/dl, ureia 46 mg/dl, creatinina 1,6 mg/dl, creatina quinase 225 U/L e proteína C reativa de 1,2 mg/dL).

Referenciado para Neurocirurgia, foi submetido a exérese completa da lesão frontal direita em 14/07/2015. O exame anátomo-patológico revelou glioblastoma multiforme grau IV. Encaminhado à Oncologia Médica para quimioterapia (QT).

Em fevereiro de 2016, a Ressonância Magnética (RMN) evidenciou recorrência da doença oncológica. A 14/03/2016 foi novamente operado e a 18/05/2016 reiniciou QT, que interrompeu por agravamento do estado geral e fadiga intensa.

De 27 de junho a 11 de julho esteve internado no Serviço de Oncologia Médica, onde realizou mais um ciclo de QT, não apresentando sinais de recidiva.

A 28/09/2016 surgiu hemiparesia esquerda, repetiu a RMN, que revelou recorrência da doença. Foi decidida em reunião de grupo a opção por tratamento paliativo.

A 30/09/2016 foi admitido em Unidade de Cuidados Paliativos pela evolução da doença e por incapacidade familiar de prestar o suporte adequado nesta fase.

À data da entrada: Consciente e colaborante com períodos curtos de desorientação e discurso incoerente, hemiplegia esquerda, PPS 60%. Evolução sem cefaleias, vômitos, convulsões ou agravamento dos défices neurológicos. Realizada Reunião Familiar e pedida a transferência para uma Unidade de Cuidados Continuados próxima da área de residência, onde acabaria por falecer cerca de um mês e meio mais tarde (18 meses após o diagnóstico).

**Discussão:** O tratamento deste tipo de neoplasias é cirúrgico, com grande probabilidade de recidiva local.

A sobrevida média destes doentes, quando tratados com terapia convencional é de cerca de um ano após o diagnóstico, variando em função do PPS, da idade do utente aquando dos primeiros sintomas (pior prognóstico quando surgem após os 60 anos), estado geral antes da cirurgia, da exérese tumoral efetuada e da dose de radiação instituída. O cuidado destes doentes levanta desafios à família e aos profissionais: Convulsões, alterações da linguagem e comportamentais, défices motores limitantes, ansiedade sobre o prognóstico, imobilidade, dificuldade de deglutição e suas consequências (úlceras de pressão e pneumonia de aspiração).

As necessidades de todo doente/família podem encontrar resposta no acompanhamento de equipas de Cuidados Paliativos desde o domicílio ao internamento em Unidades.

O facto de o doente ter sido transferido para uma Unidade mais próxima da sua residência acabou, por ter um papel positivo para o doente, já que lhe proporcionou um melhor acompanhamento por parte da sua família e amigos, que puderam estar presentes até ao último momento.

**Conclusão:** Para uma doença perturbadora do equilíbrio individual e familiar é possível desenhar uma resposta.

## PO 23

## SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR NUMA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS (EIHSCP) NO INTERIOR NORTE PORTUGUÊS: DESAFIO APENAS CLÍNICO?

João Sousa; Manuel Gonçalves  
ULSNE

**Tema:** Sintomas: Dor e outros sintomas

**Introdução:** Com a crescente disponibilidade de serviços em Cuidados Paliativos (CP) em Portugal, nomeadamente EIHSCP, os profissionais de CP deparam-se com desafios complexos. As urgências em CP, nomeadamente o síndrome de compressão medular, requer uma avaliação precoce e orientação céleres, que pode muitas vezes ser dificultada por limitações inerentes à falta de Meios Complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT's), nomeadamente ressonância magnética nuclear (RMN). Assim, importa partilhar um caso clínico de forma a alertar e informar profissionais em situações semelhantes.

**Objetivo:** Descrever um caso clínico, abordando criticamente os desafios colocados à abordagem clínica.

**Métodos:** Descrição de caso clínico.

**Resultados:** Caso clínico: Masculino, 53 anos, previamente saudável. Antecedentes de hábitos etílicos (44 gr/dia) e tabágicos pesados (34 UMA). Admitido no SU a 18/09/2016 por dorso lombalgia aguda, sem compromisso neurológico: TC dorsal revelou “lesão osteolítica corpo D8”, tendo sido admitido a internamento para estratificação. Às 24 horas admissão, quadro de retenção urinária aguda + distesia em ambos os membros inferiores, colocando-se hipótese de um síndrome de compressão medular. Foram feitos vários contatos para realização de RMN dorsolombar em tempo útil, sem sucesso, tendo sido transferido no mesmo dia a Neurocirurgia do Centro Hospitalar do Porto (CHP), onde realiza RMN de urgência que confirma “lesão metastática com compromisso medular D7/D8”. Foi submetido a laminectomia de urgência e biopsia a confirmar carcinoma hepatocelular. Regressa à Unidade Hospitalar de origem a 13/10/2016, para continuação de cuidados sob apoio de EIHSCP. A 16/10/2016, reinicia quadro de incapacidade de deambular súbita com dor lombar direita e hipostesia abaixo da cintura. Colocada novamente hipótese de compressão medular, colocadas as mesmas dificuldades garantir nova RMN em tempo útil, nova transferência urgente a CHP para RMN confirmando-se recidiva

de metástase em D7/D8 e submetido a reintervenção de urgência. A data de alta, melhora neurológica progressiva com crescente capacidade para deambulação, controlo da dor e orientado para Radioterapia (RT) dorsal na área residência.

**Discussão:** O síndrome compressão medular em CP revela-se clinicamente desafiante, exigindo elevada suspeição clínica, sobretudo em doentes jovens e sem diagnóstico oncológico prévio. Contudo, mesmo após suspeição clínica e alto grau de certeza de diagnóstico, existem por vezes dificuldades na execução de MCDTs confirmatórios em tempo útil (< 12h). Não existindo acesso a serviço público de RMN no interior norte de Portugal, os profissionais de saúde dependem muitas vezes de intervenientes do sector privado para realização de RMN, que poderão estar pouco sensibilizadas para a urgência de investigação de certos sinais/sintomas, que a se confirmarem podem conduzir a danos irreparáveis se não tratados atempadamente. Neste caso, foi o pronto auxílio dos Colegas de Neurocirurgia do CHP que se resolveu por duas vezes a situação clínica, sem compromisso neurológico irreversível pela célere intervenção cirúrgica.

**Conclusões:** Nas urgências em CP como é o síndrome de compressão medular, a elevada suspeição clínica revela-se fundamental para abordagem cirúrgica (laminectomia) ou médica (RT) imediata. Contudo, a dificuldade no acesso a MCDT's relevantes, neste caso a RMN, pode atrasar a intervenção dirigida, com grave risco de dano neurológico permanente.

## PO 24

## CUIDADOS PALIATIVOS EM DOENTE JOVEM: QUE DESAFIOS? DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Alice Aurora Machado Teixeira Rodrigues Flores;  
Ângela Maria Fernandes da Silva; Maria de Lurdes Rodrigues Pradinhos;  
Margarida Isabel Ferro Broco; Rosária de Fátima Fernandes Pires  
ULSNE Nordeste Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros (Unidade de Cuidados Paliativos)

**Tema:** Sintomas: Dor e outros sintomas

**Introdução:** A gradual sensibilização e formação no âmbito de Cuidados Paliativos (CP), a cada vez maior acessibilidade a estes serviços, permitem aos profissionais prestar cuidados a doentes mais jovens. As referências precoces possibilitam uma melhor gestão antecipada das necessidades identificadas, gerir problemas complexos em doentes jovens pode ter maior impacto físico, emocional e espiritual para



as equipas. Entendemos relevante partilhar um caso clínico, doente jovem seguida pelos CP de uma região do interior norte de Portugal desde o diagnóstico, discutir os desafios e experiências, assim como pontos positivos que importa fortalecer. Outros profissionais envolvidos em situações semelhantes poderão beneficiar desta experiência.

**Objetivos:** O objetivo principal é descrever o caso clínico ocorrido em doente jovem tanto em âmbito de equipa comunitária de suporte em CP (ECSCP) como em âmbito de unidade de CP. O objetivo secundário, é discutir criticamente a experiência vivida, identificando os pontos fortes e outros alvo de melhorias futuras.

**Métodos:** Descrição de caso clínico.

**Resultados:** Feminino, 22 anos, autónoma a nível cognitivo e motor, solteira, residia com os pais, estudante do 1ºano educação social, antecedentes patológicos de Epilepsia, apendicectomia-2008 e teratoma do ovário-2009. Admitida no Serviço de Medicina Interna de unidade hospitalar de agudos a 30/03/2015, quadro 1 mês de evolução de massa cervical esquerda, sem outros sintomas. Estudo complementar, Ecografia Cervical descreve “formação nodular volumosa região para vertebral esquerda, com provável filiação muscular” e Ressonância Magnética Nuclear revelou “volumosa lesão expansiva sólida, heterogénica, com 6.4cmx4cmx2.9cm, componente intramedular, foraminal e pré vertebral, sugere infiltração da medula óssea dos corpos vertebrais, com extensão tumoral contra-lateral”. Transferida para Instituto Português de Oncologia Porto-01/04/2015, a biopsia revelou Sarcoma de tecidos moles. Fez 6 ciclos de Quimioterapia nas semanas seguintes, referenciada a ECSCP após o primeiro ciclo para abordagem de sintomas. Após ciclos: 4 episódios sepsis neutropénica. Fez 12 sessões de radioterapia (RT) antiálgica, término a 15/04/2016. Avanço da doença com metastização pulmonar, hepática e peritoneal. A 10/05/2016, internamento em UCP em contexto de hemotórax volumoso, drenagem de 2.200 ml, hematémeses, dor não controlada, e dispneia em contexto multifatorial. No 5ºdia de internamento, sepsis com ponto de partida respiratório, evolução para coagulação intravascular disseminada e falecimento a 29/05/2016.

**Discussão:** Como desafios, identificamos: Transmissão de más notícias, incluí diagnóstico e prognóstico desde admissão, em âmbito de equipa intra hospitalar de suporte em CP (EIHS CP); Adequação de terapêutica e expectativas; Gestão de intercorrências, dos efeitos secundários de RT e QT e internamentos; Gestão do luto, perda de expectativas e papel social; Abordagem logística e impacto físico na doente

e família decorrente das múltiplas sessões QT e RT; Cumprimento de vontades expressos desde o diagnóstico até à morte; Necessidade de intervenção pela complexidade clínica e terapêutica; Apoio psico-sócio-espiritual à família, na doença e luto; Prevenção e mitigação de situações traumáticas - doente, cuidadores e profissionais. Em sentido contrário, os pontos fortes: Entajuda e facilidade de comunicação entre equipas de CP do nosso departamento (EIHS CP, ECSCP, UCP), garante continuidade de cuidados; Fácil integração com os serviços de Oncologia e CP do IPO Porto.

**Conclusão:** Cuidar jovens adultos em CP, independente do âmbito (EIHS CP, ECSCP, UCP) revela-se complexa, há pouca evidência sobre o impacto e melhores ferramentas para atuar neste contexto. São vários os desafios, importa investigar, identificar e mitigar situações complexas, de forma a preparar as equipas para a prestação de cuidados.

## PO 25

### REVISÃO SOBRE SUPORTE TRANSFUSIONAL DE ERITRÓCITOS EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Lopes Gonçalves; Helena Maurício; Maria João Castro; Miriam Blanco; Eugénia Parreira  
*ULSNE*

**Tema:** Sintomas: Dor e outros sintomas

Apesar dos estudos realizados sobre a prevalência e causas da anemia em grupos de doentes bem definidos, a informação sobre os doentes em Cuidados Paliativos é limitada. Comparativamente com os pacientes oncológicos, para os quais o tratamento da anemia demonstrou impacto na qualidade de vida e alívio sintomático, os resultados do tratamento em pacientes em Cuidados Paliativos são limitados. O conhecimento da extensão e das causas da anemia nestes doentes é necessário, uma vez que a correção da anemia, pode potencialmente melhorar o seu condicionamento físico, emocional e cognitivo.

Os autores apresentam uma revisão relativa ao suporte transfusional de eritrócitos em doentes em Cuidados Paliativos a partir de um caso clínico.

Homem de 58 anos, diagnosticado de neoplasia gástrica inoperável, que recorre ao serviço de urgência por astenia, tonturas e dispneia. Apresentava-se hipotenso, hipocorado, com sinais de dificuldade respiratória.

Analicamente com valor de Hemoglobina de 5,4g/dL, sem alteração

de outras séries hemáticas. Internado para suporte transfusional e controlo sintomático. Boa resposta a transfusão de eritrócitos, com recuperação de hemoglobina para valor basal de 9g/dL, melhoria de estado funcional e maior autonomia nas atividades da vida diária. À data de alta, o doente manteve *follow-up* em regime de hospital dia para manutenção de suporte transfusional de eritrócitos.

Atualmente, a transfusão de eritrócitos e outros produtos são prática comum em doentes paliativos, apesar dos seus benefícios neste grupo de doentes ser pouco estudado. O sangue é um recurso escasso e dispendioso, não isento de intercorrências, motivo pelo qual o seu uso deve ser ponderado.

A decisão de suportar os doentes deve englobar sintomas, prognóstico da doença e a concentração de hemoglobina. Hoje em dia, de acordo com as diretrizes internacionais, foi instituída uma política restritiva (para valores de hemoglobina entre 7-8g/dL), que até à data, demonstrou menor taxa de complicações, encurtamento no tempo de internamento e permanência em unidades de saúde e isenção de impacto na morbi-mortalidade, associadas a transfusão de produtos hematológicos em doentes paliativos.

## PO 26

### TRABALHO RETIRADO

## PO 27

### OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS NO INTERIOR NORTE PORTUGUÊS: PROMOÇÃO DE AUTONOMIA, QUALIDADE DE VIDA E DIGNIDADE? DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES E ANÁLISE NARRATIVA

Cristiana Pereira  
UDCP-Terra Fria

**Tema:** Vulnerabilidade em Cuidados Paliativos

**Introdução:** Com o crescente acesso de doentes a Cuidados Paliativos (CP) de internamento em fases mais precoces da doença e estádios de maior autonomia (ECOG e PPS mais baixos), as unidades de CP (UCP) tornaram-se em anos recentes locais de onde o convívio e a partilha de experiências toma cada vez maior relevância, exponenciando a qualidade de vida (QdV) abandonando a ideia tradicional de identificar as UCP apenas como local de morte. A UCP de uma região no interior norte português tem promovido diversas atividades que visam promover a ocupação de tempos livres, na tentativa de alterar o

foco da atenção da doença para as atividades do dia-a-dia. Importa assim partilhar estas experiências com outros profissionais de CP que possam participar em iniciativas semelhantes.

**Objetivo:** O objetivo principal é descrever as atividades de ocupação de tempos livres numa UCP do interior norte português. Secundariamente, discutiremos criticamente os seus pontos fortes e desafios.

**Métodos:** Descrição narrativa.

**Resultados:** Desde janeiro de 2015, a UCP tem promovido diversas ações de dinamização de tempos livres para os doentes da UCP e EIHS-CP da unidade hospitalar (UH), com uma taxa de recrutamento de e participação de 36% (n = 66/183) em 2015, entre as quais destacamos: 1- Promoção de celebrações religiosas católicas semanais, tanto na capela da UH como na UCP. 2- Sessões de musicoterapia, nomeadamente com o coro infantil da cidade, com a associação juvenil local e com o departamento musical do instituto politécnico da região. 3- Sessões de cinema, com equipamento situado na própria UCP, com a oferta de cinema clássico português e documentários regionais/nacionais. 4- Videoconferências familiares nacionais e internacionais, semanais, com familiares distantes. 5- Sessões de culinária com *chefs* convidados, em que o resultado das demonstrações é oferecido a doentes e familiares. 6- Sessões de leitura, expressão plástica e jogos, diariamente. 7- Satisfação, dentro do possível, dos desejos e vontades expressas pelos utentes.

**Discussão:** A aposta em atividades que visam a ocupação de tempos livres, autonomia e liberdade de escolha, as rotinas da UCP alteraram-se de forma relevante. Como pontos fortes, destacamos: A crescente estimulação cognitiva de todos os doentes recrutados, independentemente do seu grau de autonomia. O contato com familiares distantes, promovendo visitas e reconciliações. A contribuição para a estimulação física, utilizando todo o espaço útil da UCP em detrimento do espaço confinado aos quartos e refeitório. A retoma de atividades básicas da vida diária (ABVD) frequentemente abandonadas com o avançar da doença, favorecendo o convívio entre pacientes. A participação de outras entidades sociais, fortalecendo a colaboração inter institucional. Como maiores desafios identificamos: O baixo recrutamento, que poderá resultar da referenciação ainda tardia de grande parte dos doentes; A abordagem de doentes com incapacidade cognitiva, nomeadamente doenças neurológicas ou síndromes demenciais; O desafio de envolver alguns cuidadores/familiares, pela existência de ideias pré concebidas relativamente ao processo de doença e morte.

**Conclusão:** O projeto de dinamização de tempos livres contribuiu para



promover a autonomia, a capacidade de escolha, o convívio, o contacto com familiares e a retoma de ABVD perdidas com o avançar da doença. Contudo, o baixo recrutamento e dificuldades na abordagem de pacientes com limitações cognitivas são desafios importantes. É necessário maior conhecimento destas iniciativas e avaliação do seu impacto efetivo.

## PO 28 EM CASA ATÉ AO FIM?

Rui Miguel Soares Liberal; Liseta da Conceição Pereira Gomes Gonçalves  
*Unidade Local de Saúde do Nordeste*

**Tema:** Epidemiologia

**Introdução:** Em 2015 faleceram 108.511 pessoas em Portugal, o que corresponde a uma taxa bruta de mortalidade de aproximadamente 10,5%. Aos 65 anos de idade, a esperança média de vida em Portugal é de 19,3 anos (Pordata, 2017). Em 1999 o conselho da Europa estipulou que a “obrigação de respeitar e preservar a dignidade da pessoa com doença terminal ou em agonia deriva da inviolabilidade da dignidade humana em todos os estádios de vida. Este respeito e proteção encontra a sua expressão na criação de um adequado ambiente que proporcione ao doente morrer com dignidade” (ANCP, 2006). Dados recentes comprovam que a morte moderna reflete uma morte institucionalizada (Geraldo & Araújo, 2014). Gomes e seus colaboradores (2010) publicaram um estudo que refere que cerca de 50% das pessoas prefere falecer na sua própria casa e 36% numa unidade de cuidados paliativos.

**Objetivos:** Avaliar o local de óbito dos pacientes referenciados numa Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos durante o ano de 2016.

**Material e métodos:** Foi feita uma análise retrospectiva à base de dados desta Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos dos doentes referenciados durante o ano de 2016, no que diz respeito ao sexo, idade, local de residência, mês e local de óbito.

**Resultados:** Ao longo do ano de 2016 a Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos teve referenciados 203 pacientes, 106 do sexo masculino (55,2%) e 97 do sexo feminino (47,8%), maioritariamente do concelho (126 doentes a que corresponde a percentagem de 62,1%) com uma média de idades de 78,03 (14,41) anos. Dos 203 pacientes referenciados 61 (30%) estavam em residências para Idosos e os restantes 70% (142) residiam em casa. Durante o ano de 2016 faleceram 91 pacientes (44,8%) sendo que os meses em que se registou maior mortalidade foram abril (15 óbitos), maio (10 óbitos) e junho (10 óbitos). Quando analisado o local de óbito percebemos que se verifica

uma dispersão muito grande com 38,5% a falecer em casa, 22% a falecer no internamento da unidade de Cuidados Paliativos, 19,8% a falecer em internamento hospitalar e 19,8% a falecer no Lar ou Família de Acolhimento. Ressalva-se dos dados que 19,78% dos doentes referenciados faleceram em ambiente hospitalar de agudos e 80,22% faleceram com outro tipo de respostas (domicílio habitual ou internamento de unidade de Cuidados Paliativos).

**Discussão:** Consta-se que a referenciação dos pacientes foi relativamente homogénea em termos de género e com uma idade média próxima dos 80 anos e que cerca de 45% dos doentes referenciados faleceram durante o ano de 2016. O trabalho desenvolvido pela Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos fez com que se observasse uma percentagem média de óbitos em ambiente de hospital de agudos de 20%, bem abaixo do referido pela literatura que aponta para uma percentagem de cerca de 60% na população geral. Por sua vez cerca de 80% faleceram no seu domicílio habitual ou em internamento de Cuidados Paliativos, contrastando com os 30% referidos pela literatura.

**Conclusão:** Embora trabalhando uma amostra relativamente pequena, é significativa a redução do número de óbitos em hospital de agudos, quando as situações de terminalidade são acompanhadas pelas Unidades de Cuidados Paliativos.

## ORGANIZAÇÃO



## PATROCÍNIOS



## APOIO



## SECRETARIADO



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa  
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19  
E: ana.montes@admedic.pt | W: www.admedic.pt