

7º Congresso

Cuidados Paliativos

20.21
outubro
2017

AUDITÓRIO PRINCIPAL

IPO - PORTO



CONSULTE AQUI O PROGRAMA

Imagem: Ad Médic

Programa Científico

Comissão Organizadora

Ferraz Gonçalves

Emília Neves

Isabel Costa

Paula Silva

Ana Almeida

Cristina Pereira

Moderadores e Palestrantes

Abdul Rehman Mangá

Ana Pereira

Assunção Tavares

Bárbara Gomes

Elga Freire

Eunice Silva

Fernando Ventura

Ferraz Gonçalves

Graça Braz

Hugo Vaz

Isabel Costa

Juliana Santos Moreira

Luc Deliens

Lukas Radbruch

Margarida Damas de Carvalho

Otilia Romano

Paresh Prabhudas

Paula Silva

Susana Moutinho

Teresa Coutinho

Tsering Paldron

20 de outubro sexta-feira

08:00h Abertura do Secretariado

Sessão I

Moderadora: Assunção Tavares

09:00h **Burnout e apoio à equipa**

Ana Pereira

09:25h **Luto**

Susana Moutinho

09:50h **Vivência do luto nos profissionais de saúde**

Graça Braz

10:15h **Discussão**

10:30h Intervalo

Sessão II

Moderadora: Teresa Coutinho

11:00h **Fisiopatologia da dispneia**

Ferraz Gonçalves

11:25h **Avaliação dos doentes com dispneia**

Paula Silva

11:50h **Tratamento farmacológico da dispneia**

Isabel Costa

12:15h **Discussão**

12:30h **Sessão de Abertura**

13:00h Intervalo para Almoço

Sessão III

Moderadora: Elga Freire

14:30h **Tratamento dos derrames pleurais**

Ferraz Gonçalves

14:55h **O uso de oxigénio na dispneia**

Isabel Costa

15:20h **A medicina física no tratamento da dispneia**

Paula Silva

15:45h **Discussão**

16:00h Intervalo

Sessão IV

16:30h

Moderadora: Otilia Romano

Aspetos éticos da ventilação não invasiva na Esclerose Lateral Amiotrófica

Elga Freire

16:55h

Efeitos do exercício físico em doentes com cancro avançado em cuidados paliativos

Juliana Santos Moreira

17:20h

Discussão

17:45h

Comunicações livres

Moderadoras: Margarida Damas de Carvalho e Eunice Silva

19:30h

Encerramento do 1º dia do Congresso

21 de outubro ◆ sábado

08:00h

Abertura do Secretariado

Sessão V

09:00h

Moderadora: Bárbara Gomes

Especificidade da Investigação em cuidados paliativos

Lukas Radbruch

09:45h

A constituição de grupos de colaboração

Luc Deliens

10:30h

Discussão

10:45h

Intervalo

Sessão VI

11:00h

Moderador: Ferraz Gonçalves

A morte para as religiões Budista

Tsering Paldron

11:20h

Católica

Fernando Ventura

11:40h

Hindu

Pareesh Prabhudas

12:00h

Judaica

Hugo Vaz

12:20h

Muçulmana

Abdul Rehman Mangá

12:40h

Discussão

13:00h

Entrega do prémio para a melhor comunicação

13:05h

Encerramento do Congresso

Comunicações Orais e Posters

Comunicações Orais

CO 01

AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE FIM DE VIDA DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS COM TUMORES SÓLIDOS ATENDIDOS NA SEÇÃO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DO CÂNCER I DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

Débora de Wylson Fernandes Gomes de Mattos;
Beatriz de Camargo; Luiz Claudio Thuler;
Sima Esther Ferman

*Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva HCl - INCA*

Introdução: Aprimorar o cuidado de fim de vida da criança com câncer é fundamental para diminuir o sofrimento, permitindo que os pacientes pediátricos considerados fora de possibilidade de cura atual (FPCA) vivam com melhor qualidade nos seus últimos dias.

Objetivo: Identificar o perfil clinicoepidemiológico das mortes de crianças com tumores sólidos e analisar a qualidade do cuidado dado no fim de vida dos pacientes com tumores sólidos que evoluíram a óbito por progressão de doença no período entre 2009-2013 na Seção de Oncologia Pediátrica do HCl/INCA.

Pacientes e métodos: Duzentos e quatro pacientes portadores de tumores sólidos que evoluíram ao óbito foram incluídos. Nos pacientes que evoluíram a óbito por progressão de doença, foram avaliados os indicadores de cuidado de fim de vida em relação a supertratamento, qualidade de planejamento do cuidado e qualidade do óbito, associados com as medidas de cuidados paliativos que foram instituídas na Seção de Oncologia Pediátrica desde 2007. As medidas estudadas foram:

documentação em prontuário que o paciente foi considerado FPCA; criação do ambulatório de cuidados paliativos; e acompanhamento do médico-paliativista durante a internação. Realizou-se análise descritiva e utilizou-se o teste de qui-quadrado para as associações entre as variáveis estudadas, análise univariada, por meio de regressão logística. As variáveis com valor de $p < 0,20$ foram incluídas na análise de regressão logística múltipla pelo método *stepwise forward* e foram calculados a razão de chances, *Odds Ratio* (OR), e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), utilizando o programa SPSS versão 2.1.

Resultados: Os pacientes que receberam uma ou mais medidas de cuidados paliativos tiveram melhores indicadores de qualidade de fim de vida quando comparados aos que não receberam. Na análise multivariada, as variáveis independentes encontradas foram: pacientes que foram considerados FPCA tiveram 70% menos chance de morrer na UTI/emergência (ORaj=0,3) e 90% menos chance de reanimação cardiorrespiratória na ocasião do óbito (ORaj=0,3); pacientes acompanhados pelo médico-paliativista durante a internação tiveram chance 3 vezes maior de ter uma consulta na emergência no último mês de vida (ORaj=3,1), enquanto houve 60% menos morte na UTI/emergência (ORaj=0,4); pacientes que foram ao ambulatório de cuidados paliativos tiveram 2,3 vezes mais chance de ter mais de uma consulta na emergência no último mês de vida (ORaj=2,3), enquanto reduziu em 70% a chance de intubação endotraqueal no último mês de vida (ORaj=0,3).

Conclusão: As medidas adotadas contribuíram para melhorar a qualidade do cuidado dos pacientes que evoluíram ao óbito.

O PRIMEIRO ANO DE ATIVIDADE DE UMA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS – ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM ANO

Carolina Rocha; Isabel Duque
ULS Castelo Branco, EPE

Introdução: A sociedade atual é fortemente marcada pelo envelhecimento progressivo da população, o que conduz ao aumento das doenças crónicas e degenerativas. Neste contexto, os cuidados paliativos (CP) surgem como uma potencial resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, prolongando a sua ação até ao luto. As equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHS-CP) tornaram-se obrigatórias desde 2011 e pretendem proporcionar cuidados especializados a doentes e familiares perante situações de doença avançada e progressiva.

Objetivo: Analisar e refletir sobre a atividade assistencial da EIHS-CP da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, pioneira na implementação de um projeto assistencial de CP num hospital da região Centro pertencente ao grupo B/I, nos primeiros 12 meses da sua existência.

Material e métodos: Estudo retrospectivo entre dezembro/2015 e dezembro/2016. Reviram-se processos clínicos dos doentes referenciados para a equipa e extraíram-se dados demográficos, clínicos (diagnóstico principal, motivo de referência, especialidade que referenciou, capacidade funcional à admissão) e administrativos (tipologia de cuidados, número total de intervenções, duração do internamento, mortalidade, local de falecimento). Utilizou-se o SPSS® 20.0 no tratamento estatístico.

Resultados: 264 doentes foram acompanhados pela EIHS-CP durante o período em análise, contabilizando 1259 avaliações: 599 nos internamentos de outras especialidades, 585 consultas externas de medicina paliativa (CE-

-MP) e 75 internamentos nas camas da EIHS-CP. A doença oncológica foi o diagnóstico mais frequente (82,6%). Houve 377 referências e mais de 50% da cirurgia geral (25%), medicina interna (15,1%), gastroenterologia e MP (12%). A CE-MP recebeu 167 (44,3%) pedidos, 135 (35,8%) foram as solicitações à EIHS-CP e 75 (19,9%) pedidos para o internamento. Os sintomas não controlados foram o principal motivo de referência (MR) (46,2%), onde a dor não controlada se destacou logo a seguir (36,6%). A pontuação média da escala de Karnofsky foi de 50,2%, o que revela uma referência precoce. Dos 264 doentes, 142 (54%) faleceram, dos quais 129 (91%) no hospital. De salientar 4 (2,8%) que faleceram no domicílio. Foi significativa ($p < 0,05$) a diferença na mortalidade dos doentes internados para controlo de sintomas, que morreram menos do que os internados por apoio/descanso do cuidador e agonia/continuidade dos cuidados, estes últimos com menor tempo de internamento. Apurou-se a existência de correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), positiva e moderada ($r_s = 0,566$; $p < 0,001$) entre o tempo de internamento e a capacidade funcional (CF), bem como a relação entre esta e as diversas tipologias, sendo que os doentes seguidos na CE-MP possuíam maior CF do que os restantes e os do internamento uma CF estatisticamente inferior aos avaliados nos internamentos das outras especialidades.

Discussão/Conclusões: As doenças oncológicas foram as mais frequentes, o que poderá explicar que os sintomas não controlados e a dor não controlada tenham sido os principais MR. Os doentes internados para controlo de sintomas apresentam menor taxa de mortalidade, relação estatisticamente significativa, justificável pela intervenção precoce da equipa e pela efetividade no tratamento. Naturalmente, para as restantes situações que motivaram a hospitalização, é de esperar que faleçam mais. Não é surpreendente que a CF dos doentes falecidos

em internamento seja inferior à dos doentes que tiveram alta, pois a descompensação do estado clínico justificou a sua hospitalização, esperando-se a morte. O impacto da criação de uma EIHSOP foi bastante positivo, o que transparece pelos resultados obtidos. A análise e interpretação dos dados estatísticos sobre a atividade assistencial da equipa representa uma mais-valia para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do seu funcionamento. Encoraja-se, assim, a continuidade do trabalho realizado.

CO 03

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS E(M) INTENSIVOS: UMA ANÁLISE AO CONCEITO DE INTEGRAÇÃO MEDIANTE REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Sandra Martins Pereira^{1,2,3}; Márcio Niemeyer Guimarães^{1,4,5}; Pablo Hernández-Marrero^{1,2,3}; em nome do Projeto InPalln

¹Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal; ²Cátedra UNESCO de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal; ³CEGE: Centro de Estudos em Gestão e Economia, Porto Católica Business School, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal;

⁴Programa de Pós-graduação em Associação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva - PPGBIOS UFRJ/FIOCRUZ/UERJ/UFF, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], Rio de Janeiro, Brasil;

⁵Unidade de Cuidados Intensivos e Comité de Cuidados Paliativos, Hospital Federal Servidores do Estado, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.

Introdução: A necessidade de integração de cuidados paliativos e(m) cuidados intensivos tem vindo a ser reconhecida nacional e internacionalmente. Com efeito, os componentes e princípios centrais dos cuidados paliativos, particularmente a comunicação sobre a condição, prognóstico e opções de tratamento e cuidados, a definição de objetivos de cuidados em consonância com os valores e desejos dos doentes, o controlo sintomático, a continuidade

de cuidados, e o apoio à família, à equipa e no luto, são particularmente relevantes em cuidados intensivos. Neste sentido, diversas iniciativas têm sido realizadas e descritas a este nível na literatura.

Objetivos: Rever a literatura internacional sobre integração de cuidados paliativos e(m) intensivos de modo a (1) identificar, (2) definir e (3) sistematizar o conceito de integração apresentado.

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 EBS-CO*. Esta pesquisa foi complementada com a pesquisa manual de revistas internacionais das especialidades de cuidados paliativos e intensivos. Termos de pesquisa: *palliative care or end of life care or end-of-life or end-of-life care or terminal care AND intensive care or ICU or critical care AND outcome measures or outcome assessment NOT pediatric or paediatric or child or children*. Critérios de inclusão: Artigos que versassem trabalhos de investigação empíricos sobre a integração de cuidados paliativos e(m) intensivos, independentemente do contexto específico de realização (i.e., cuidados intensivos médicos, cirúrgicos, neuro-críticos, cardíacos, trauma, ou outro), com *outcomes* claros, em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, com texto e referências disponíveis. A seleção e análise de artigos foi feita, de modo independente, pelos três membros da equipa de investigação deste estudo.

Resultados: De entre os 2781 artigos identificados, 43 foram incluídos para análise. Destes 43 artigos, 24 não apresentavam qualquer

definição de integração de cuidados paliativos e(m) intensivos. Quanto aos restantes 19 artigos, as definições de integração versavam maioritariamente apenas um dos componentes centrais dos cuidados paliativos, particularmente a comunicação (8 artigos). A integração dos cuidados paliativos em intensivos como forma de melhorar os cuidados e decisões em fim de vida estava presente em 6 artigos. Um artigo apenas definia integração de cuidados paliativos em intensivos como a incorporação efetiva de todos os princípios dos cuidados paliativos na prática quotidiana em cuidados intensivos.

Discussão: A maioria dos estudos sobre integração de cuidados paliativos em intensivos não tem uma definição clara do que se entende por integração. Acresce ainda que, frequentemente, os termos de integração de cuidados e cuidados integrados são usados indistintamente. Quando presente, a definição de integração de cuidados paliativos refere-se a somente um dos componentes deste tipo de cuidados, tornando-a parca e limitada.

Conclusões: Um número significativo de artigos versa a problemática da integração de cuidados paliativos e(m) intensivos a nível internacional. Porém, a maioria destes estudos carecem duma definição clara de integração, sendo que o conceito de integração, frequentemente, reporta-se a somente um dos componentes centrais dos cuidados paliativos. Face ao exposto, denota-se a premência de desenvolver e melhorar a investigação empírica sobre este tema, de modo a melhorar as práticas de cuidados paliativos em contexto de cuidados intensivos. Agradecimento: Fundação Grünenthal, Fundação Merck, Sharp and Dohme e PDSE-CAPES (88881.134394/2016-01).

CO 04

INVESTIGAÇÃO CLÍNICA EM PESSOAS COM DEMÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: PROCEDIMENTOS E DESAFIOS NA OBTENÇÃO DA APROVAÇÃO ÉTICA

Pablo Hernández-Marrero; Sandra Martins Pereira; Joana Araújo; Ana Sofia Carvalho – Em nome do Subprojecto ETHICS II do Projeto ENSURE *Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Cátedra UNESCO de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. CEGE: Centro de Estudos em Gestão e Economia, Porto Católica Business School, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.*

Introdução: A investigação clínica envolvendo pessoas com demência tem vindo a crescer na última década. Particularmente no contexto dos cuidados paliativos, os desafios éticos que esta área da investigação suscita são diversos, destacando-se: a tensão crescente entre a necessidade de evidência científica para uma boa prática de cuidados e a proteção e salvaguarda do bem-estar de participantes em condição de vulnerabilidade; a preocupação constante com a determinação da autonomia, autodeterminação e capacidade de decisão das pessoas com demência; o facto dos participantes na investigação dificilmente serem os beneficiários dos resultados que dela possam advir.

Objetivos: Rever a literatura internacional sobre a investigação clínica em pessoas com demências em cuidados paliativos, especificamente no que concerne (1) aos procedimentos éticos adotados e (2) reportados.

Material e métodos: Revisão de literatura, seguindo a abordagem metodológica de Arksey e O'Malley. Bases de dados pesquisadas: *PubMed, Web of Science, EBSCOhost searching CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews,*

Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Health Technology Assessments, and NHS Economic Evaluation Database. Termos de pesquisa: *palliative care AND dementia AND clinical research AND ethics.* Critérios de inclusão: artigos ou protocolos focalizados na investigação clínica em demências, realizados ou a realizar em cuidados paliativos, publicados em língua inglesa em revistas indexadas, com revisão por pares, com texto e referências disponíveis. A seleção e análise de artigos foi feita, de modo independente, pelos dois investigadores deste estudo.

Resultados: De entre 28 artigos identificados, somente 4 foram incluídos para análise e síntese. Estes artigos foram publicados entre 2010 e 2015, sendo que 3 dos 4 artigos eram protocolos de investigação. Nos 4 artigos incluídos para análise é feita referência à aprovação ética pela instituição promotora do estudo, a maioria do tipo académico. 3 artigos apresentaram informação adicional acerca de procedimentos éticos, com particular enfoque para os desafios éticos suscitados na realização da investigação. Entre estes destaca-se o processo de decisão e o modo este pode ser afetado pela demência, particularmente em fase avançada.

Discussão: Esta revisão inclui um número reduzido de estudos (4) o que poderá estar associado ao facto de a investigação clínica em pessoas com demência em contexto específico de cuidados paliativos ser ainda uma realidade recente. Com efeito, os artigos incluídos para análise foram publicados nos últimos sete anos, sendo que três referem-se a protocolos de investigação. O maior enfoque ético explicitado nestes artigos refere-se à aprovação ética por comissão competente, o que poderá ter a ver com os requisitos ético-legais mínimos exigidos nesta matéria a nível internacional. Em termos de desafios éticos, estes referem-se sobretudo ao processo de decisão e à capa-

cidade que a pessoa com demência tem de participar no mesmo de forma capaz.

Conclusões: O número de artigos sobre investigação clínica em pessoas com demências em cuidados paliativos é reduzido. A aprovação ética por comissão competente é o procedimento ético mencionado em todos estes artigos. Os desafios éticos mais prementes referem-se à participação da pessoa com demência no processo de decisão quanto à participação na investigação. Considerando a realização crescente de investigação clínica em pessoas com demência em cuidados paliativos, denota-se a necessidade de desenvolver estratégias tendo em vista uma melhoria dos procedimentos éticos neste domínio ao mesmo tempo que se promove a realização de investigação clínica junto desta população. Agradecimento: ERA-NET NEURON II – ELSA e FCT.

CO 05

FATORES PROMOTORES DA QUALIDADE DE VIDA NO FIM DE VIDA

Márcia Mendonça Souto; Rita Queirós; Joana Calvão; Anabela Morais

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: Os cuidados paliativos visam promover o conforto e a dignidade dos doentes portadores de doenças crónicas ou oncológicas, progressivas e incuráveis, possibilitando adquirir a melhor qualidade de vida (QV) possível. Dentro dos parâmetros responsáveis pela melhoria da QV em fim de vida verificou-se que o eficaz controlo sintomático assim como a espiritualidade e a comunicação adequada, benéfica e benevolente são pilares fundamentais de ancoreamento da QV em fim de vida. A *Palliative Care Outcome Scale* (POS) é uma escala de avaliação da QV de pessoas candidatas a Cuidados Paliativos que contempla questões que decorrem das múltiplas dimensões do processo de cuidar com implicações na qualidade de vida.

Objetivos: Identificar e avaliar os fatores de maior implicação na qualidade de vida do doente em fim de vida. Avaliar a relação e o valor destes fatores em função da patologia.

Resultados: Dos 50 doentes que fizeram parte da amostra deste estudo, 29 eram do sexo masculino, com distribuição por idades dos 43 aos 92 anos. Verificou-se um predomínio das doenças de foro oncológico (80%). Os sintomas mais frequentemente relatados foram a ansiedade (98%), anorexia (86%) e a dor (84%). A anorexia foi descrita em 56% dos casos como horrível e a dor teve esta classificação em 66% dos doentes. 92% dos doentes identificavam algum nível de ansiedade nos familiares, sendo considerada severa em 52%. A maioria dos doentes 66% referia dificuldade na comunicação com a família e em 58% na comunicação com os profissionais de saúde. Dos 50 doentes avaliados 44% apresentavam dor intensa a horrível (índice POS elevado- 25,2) que passa a POS 26,5 se forem apenas selecionados doentes com dor horrível. Dentro dos doentes com dor intensa a horrível, 91% correspondiam a doenças oncológicas. As náuseas e vômitos foram mais prevalentes nos doentes com doença oncológica do foro digestivo (75%). A ausência destes sintomas relacionou-se com índices POS mais favoráveis. A insónia intensa a horrível apresentou índice POS elevado (24,4 a 29,0 respetivamente). Relativamente à ansiedade índices baixos ou a sua ausência estão relacionados com melhores indicadores de qualidade de vida. Apesar de se constatar que os doentes com melhores índices de qualidade de vida correspondiam àqueles com melhor controlo sintomático, verificou-se que, a intensidade de alguns sintomas como insónia, dispneia e tosse, não se relacionam diretamente com o índice de qualidade de vida.

Discussão/Conclusão: Os Cuidados Paliativos são cuidados essenciais a todos os doentes com doenças crónicas, incuráveis, indutoras de

sofrimento. Evidenciaram ser fatores de maior relevância na promoção na QV o eficaz controlo da dor, ansiedade e anorexia, o desenvolvimento de comunicação adequada e próxima ao doente e família.

CO 06

NA PONTE ENTRE A MEDICINA NARRATIVA, OS CUIDADOS PALIATIVOS E A ÉTICA: CONTRIBUTOS PARA OS CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA

Susana Magalhães; Sandra Pereira
Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto

Introdução: A Medicina Narrativa é entendida como uma prática e uma atitude intelectual que permite aos médicos olhar para lá dos mecanismos biológicos e abarcar domínios de pensamento e modos de dizer focalizados na linguagem e na representação, nas emoções e nas relações no âmbito dos cuidados de saúde. Trata-se de uma abordagem que contribui para o despertar do reconhecimento por parte dos médicos e dos cientistas de que os avanços da ciência médica, só por si, não são capazes de fornecer bases sólidas que preparem o médico para a complexidade dum genuíno e profícuo encontro com o seu doente. Nesta sua missão de construir Relação, promover Reflexão e providenciar oportunidades de Reconhecimento de si mesmo (seja no modo como o Outro nos confirma na nossa identidade, seja na percepção que temos de nós mesmos e que pode ser aguçada pela leitura de textos literários), a Medicina Narrativa e os Cuidados Paliativos são sinérgicos e os seus pressupostos teóricos devem ser parte da formação, da prática e da investigação em cuidados de saúde.

Objetivos: Analisar, refletir e destacar as interseções entre os Cuidados Paliativos e a Medicina Narrativa, enquanto áreas interdisciplinares do conhecimento que permitem dar uma resposta

sólida e eficaz às inquietações éticas que hoje vivemos nos cuidados de saúde. A análise reflexiva aqui apresentada pretende, portanto, ser um alicerce teórico de ações de formação e de intervenção que deverão ter lugar para que este diálogo entre os Cuidados Paliativos e a Medicina Narrativa seja profícuo e tenha impacto na organização e prestação dos cuidados de saúde. **Material e métodos:** Análise reflexiva, argumentativa e crítica, tendo por base os conceitos, as dimensões centrais, os princípios e os pressupostos dos Cuidados Paliativos e da Medicina Narrativa.

Resultados: A partir da reflexão que temos vindo a tecer, entendemos que os Cuidados Paliativos e a Medicina Narrativa constroem-se com base em pilares comuns - Relação; Reflexão; Reconhecimento. Quer a Medicina Narrativa, quer os Cuidados Paliativos emanam da procura de um cuidado centrado na Pessoa, incluindo profissionais de saúde, doentes e familiares, num justo equilíbrio entre o bem de cada indivíduo e o bem da sociedade como um todo. Assume-se assim como uma abordagem dos cuidados de saúde capaz de construir a Relação, promover a Reflexão e otimizar a capacidade de Reconhecimento e crescimento pessoal e profissional. Estes três Rs (Relação, Reflexão e Reconhecimento) constituem elementos essenciais para que o olhar dos profissionais de saúde seja holístico, assegurando que o significado científico da doença é devidamente articulado com o significado da experiência da doença por quem a vive de modo singular e não replicável. O desenvolvimento de capacidades narrativas tem impacto nos cuidados prestados ao doente, na medida em se trata de capacidades essenciais para o reconhecimento do Outro como alteridade que É, para o reconhecimento de si-mesmo como um Outro, bem como para as atividades de Escuta, de Representação e de Reflexão no encontro clínico, sem as quais este encontro não é verdadeiramente intersub-

jetivo. A Medicina Narrativa pode estimular o desenvolvimento destas capacidades que são essenciais em cuidados paliativos e na tomada de decisão ética em cuidados em fim de vida.

Conclusão e implicações: A nossa análise crítica sobre a convergência de valores e de pressupostos da Medicina Narrativa e dos Cuidados Paliativos pretende promover a reflexão por parte dos profissionais de saúde sobre as suas atitudes e comportamentos na relação com os doentes e familiares, com as equipas e com a comunidade em geral. Pretendemos igualmente destacar o modo como estas duas áreas interdisciplinares proporcionam oportunidades e instrumentos para que os profissionais de saúde possam reconhecer e resolver as dificuldades que experienciam na deliberação e tomada de decisão face a conflitos éticos.

CO 07

SEXUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS – QUE REALIDADE?

Maria do Céu Ferreira; Diana Moreira
Serviço de Psiquiatria, Hospital de Braga Serviço de Radioterapia, IPO do Porto

Resumo: Os cuidados paliativos consistem em cuidados prestados a doentes com doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, cujos componentes essenciais são o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional, o apoio à família, o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.

A sexualidade humana é o resultado da interação de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturais, éticos e religiosos e inclui vários componentes: sexo, identidade sexual, género, identidade de género, orientação sexual, eroticismo, amor, ligação física e reprodução.

A sexualidade humana é o resultado da interação de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturais, éticos e religiosos e inclui

vários componentes: sexo, identidade sexual, género, identidade de género, orientação sexual, eroticismo, amor, ligação física e reprodução.

Tendo em conta que a prática dos cuidados paliativos assenta em princípios bem definidos, dos quais se salientam a focalização na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim e o reconhecimento e aceitação dos valores e prioridades de cada doente, parece pertinente refletir acerca da importância da sexualidade neste contexto e até que ponto as equipas multidisciplinares que prestam estes cuidados estão suficientemente familiarizadas e capacitadas a lidar com estas questões.

Foi realizada uma revisão da literatura nesta temática através de pesquisa na base de dados *Pubmed*, utilizando os termos *palliative care* e *sexuality*, sem limitação temporal.

A literatura disponível é escassa (14 artigos) e está focalizada em doentes com doença oncológica e em regime de internamento. Alguns factores consensualmente aceites como barreiras à sexualidade neste contexto são a doença oncológica por si só, a autopercepção da imagem corporal, a fragilidade física e psicológica do doente e família, efeitos adversos de tratamentos oncológicos, a partilha de quarto e a pouca privacidade no internamento. No entanto, a literatura mais recente tem encarado a sexualidade como algo mais abrangente do que o sexo e alertado para a necessidade de aquisição de competências relacionais e de comunicação empática por parte dos profissionais de saúde que integram a prestação de cuidados paliativos, visando a abordagem holística dos doentes. A realidade portuguesa tem por base o Programa Nacional de Cuidados Paliativos que salienta efectivamente que a prática destes cuidados requer uma organização própria por equipas técnicas preparadas para o efeito, segundo níveis de diferenciação, seja em internamento ou no domicílio. A abordagem relativamente

ao apoio psicológico, espiritual e emocional, na qual se inclui a sexualidade com todas as suas vertentes, parece apresentar ainda contornos poucos definidos na prática clínica, daí que reflexões multidisciplinares a este respeito possam proporcionar uma mais valia na planificação e estruturação deste tipo de apoio aos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida.

Em resumo, é importante identificar, reconhecer e encorajar comportamentos sexuais alternativos. Um olhar prolongado, uma carícia suave, um sorriso pode compensar a falta de uma performance sexual em outros momentos desejada. A sexualidade nos Cuidados Paliativos deve ser concebida na sua expressão mais aberta e flexível.

CO 08

OCCLUSÃO INTESTINAL E DOR REFRACTÁRIA – O DESAFIO DO TRATAMENTO NO DOMICÍLIO

Lúcia Guedes¹; Inês Torrinha Leão²; Isabel Costa³; Ferraz Gonçalves³

¹Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; ²Unidade de Saúde Familiar Vale do Vez, ULSAM; ³Instituto Português de Oncologia do Porto

Resumo: A maioria dos doentes em cuidados paliativos gostaria de ser cuidado no domicílio, para tal a existência de cuidadores informais capazes, aliada ao tratamento adaptado ao doente é fulcral.

Apesar da via oral ser a via de administração preferencial, esta pode não ser apropriada em fases avançadas de doença, sobretudo se há envolvimento do tubo digestivo. A via subcutânea é uma alternativa muito utilizada em Medicina Paliativa, principalmente em regime de internamento.

A infusão subcutânea de fármacos torna a administração mais prática e maximiza o controlo sintomático. No entanto, na literatura existem poucos estudos acerca do uso de combinações

de fármacos para infusão subcutânea na prática clínica, da sua compatibilidade e estabilidade.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 47 anos, com o diagnóstico de adenocarcinoma do cólon ascendente em Junho de 2013. Submetido a cirurgia, radioterapia pélvica e várias linhas de quimioterapia. Por progressão da doença a nível pélvico, metastização peritoneal e pulmonar foi decidido tratamento sintomático em Novembro de 2016. Na primeira avaliação por Medicina Paliativa em Dezembro de 2016, a dor pélvica era o sintoma dominante, com componente neuropático/plexopatia sagrada. Instituída terapêutica analgésica com morfina oral e gabapentina.

Evolução do quadro clínico com progressão de carcinomatose peritoneal, condicionando dor em cólica e diarreia, com incontinência fecal. Por dor refractária à morfina, tentada rotação de opióide, sem sucesso. Optou-se por associação com cetamina.

Em Agosto de 2017, em internamento por recorrente, foi constatada progressão de quadro sub-oclusivo para oclusão intestinal, com vômitos frequentes, o que limitou o uso da via oral. Dada a vontade do doente de se manter no domicílio e a existência de retaguarda familiar apropriada, rodada via de administração oral para subcutânea. O doente manteve deterioração do estado geral e, apesar da proposta de hospitalização para melhor optimização terapêutica, manteve o desejo que permanecer em casa. A sintomatologia decorrente desta progressão foi controlada com infusão subcutânea contínua de morfina, cetamina, haloperidol e butilescopolamina.

Manteve-se globalmente controlado até Setembro de 2017, altura em que, por ansiedade terminal com necessidade de sedação paliativa foi internado para cuidados de fim de vida.

Discussão: Na literatura existem poucos estudos acerca da utilização de combinações de fármacos em infusão subcutânea contínua. Entre os existentes, na maioria das combinações

descritas não foi testada a compatibilidade e estabilidade prévia à sua utilização, reflectindo a experiência dos especialistas em Medicina Paliativa. As combinações mais frequentemente utilizadas são de dois fármacos, sendo um deles um opióide, com duração de 24h. Esta opção é considerada habitualmente em contexto de internamento dada a necessidade de manuseio por profissionais treinados.

No caso descrito, para melhor controlo sintomático e comodidade de administração, foram combinados quatro fármacos na mesma infusão. Acresceu o desafio de respeitar o desejo do doente de permanecer no domicílio, tendo sido necessário o ensino da cuidadora e o prolongamento da infusão permitindo menos deslocações ao hospital. Tal só foi possível através da colaboração estreita com a Farmácia Hospitalar. Este caso reflecte o desafio e a superação do tratamento de dor refractária e oclusão intestinal em doente com desejo de permanecer o máximo tempo possível no domicílio, a importância de um cuidador dedicado e a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde.

CO 09

DOENTES COM NEOPLASIA GÁSTRICA INTERNADOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Mónica Sofia Pinho¹; Lúcia Guedes²; Ferraz Gonçalves³

¹Serviço de Oncologia Médica, Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga; ²Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga; ³Serviço de Cuidados Paliativos, Instituto Português de Oncologia do Porto

Introdução: A neoplasia gástrica é uma doença agressiva com mau prognóstico na doença avançada ou em progressão. Os Cuidados Paliativos têm o objetivo de aliviar os sintomas da doença e não o seu tratamento ou cura.

Objetivo: Caracterização dos doentes internados no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2016.

Material e métodos: Análise retrospectiva de doentes internados no Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPOFGP) no ano de 2016, com diagnóstico de neoplasia gástrica sob tratamento sintomático. Analisaram-se as características demográficas, o *status* funcional, as variáveis relacionadas com o tumor e com o internamento e ainda a terapêutica em curso nas últimas 24 horas de internamento.

Utilizou-se o método de Kaplan Meier para avaliação da sobrevivência global (SG), definida como o intervalo de tempo desde a data de diagnóstico até à data de óbito ou última observação. Considerou-se um intervalo de confiança de 95%.

Foram excluídos os doentes com internamento inferior a 24 horas.

Resultados: Foram analisados 129 processos clínicos, tendo sido incluídos 93 doentes de um total de 106 internamentos, 50.5% do sexo masculino, com idade mediana de 68.9 anos (30-87), dos quais 88.1% apresentavam ECOG *performance status* igual ou superior a 3 na admissão. O diagnóstico histológico mais frequente foi o carcinoma de células pouco coesas (19.4%) seguido do adenocarcinoma de células em anel de sinete (15.0%), sendo a localização mais comum o corpo gástrico (39.8%). Cerca de 92.5% dos doentes apresentavam metastização à distância, sendo a ganglionar e a peritoneal as mais prevalentes (61.3% e 58.1%, respetivamente). Um terço dos doentes tinham sido submetidos a cirurgia, 47.3% a tratamento sistémico e 17.2% a radioterapia.

O tempo mediano entre o diagnóstico e a referência ao SCP foi de 7.0 meses.

A maioria dos doentes (48.1%) eram provenientes do internamento de outros serviços. As queixas do foro gastrointestinal e a dor não controlada foram os motivos de internamento mais frequentes (53.8% e 31.1%, respetivamente). O tempo mediano de internamento foi

de 8,5 dias (mín 2 - máx 370). A sonda nasogástrica foi necessária em 16.0% dos internamentos e a realização de RT paliativa em 3.8% para melhor controlo sintomático. Os opióides foram os fármacos mais utilizados (85.0%) seguido dos corticoides (57.5%) e dos anti-eméticos e benzodiazepinas.

A maioria dos doentes (79.6%) faleceram no internamento e, dos que tiveram alta, 63.2% vieram a falecer nos primeiros 30 dias. A SG mediana foi de 14.5 meses (IC 95%, 10.5-18.5).

Conclusão: A evolução natural desta doença, rápida no desenvolvimento de sintomas e na deterioração do estado geral, exige uma abordagem multidimensional, visando o controlo sintomático e a qualidade de vida dos doentes, mas também a gestão dos que com ele sofrem, a família, sendo que muitas vezes isto só é possível em internamento. A referenciação aos cuidados paliativos em fases anteriores à fase terminal poderá ser uma forma mais eficaz de prevenção e alívio do sofrimento.

CO 10

A REFERENCIAÇÃO ONCOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO EM NEOPLASIAS LÍQUIDAS

Maria Eduarda Couto; José Ferraz Gonçalves
Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E.

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP) abordam uma grande diversidade de patologias, principalmente do foro Oncológico. Este grupo patológico é muito heterogéneo nos diagnósticos que inclui e nos cuidados que exige, sendo frequentemente distinguido em neoplasias sólidas (maioria) e líquidas. De acordo com a literatura, as neoplasias líquidas representam 7,3% dos doentes internados em alguns Centros de CP Oncológicos.

Objetivos: Este trabalho pretende comparar as taxas referenciação de tumores sólidos e

líquidos no Serviço de CP de um único Centro Oncológico e descrever a população de neoplasias líquidas referenciadas, nos anos 2015 e 2016. Adicionalmente, pretende-se comparar os resultados obtidos com aqueles que são descritos na literatura baseados noutros centros prestadores deste nível de cuidados.

Materiais e métodos: Foram revistos todos os pedidos de referência realizados na Consulta Externa e no Internamento dos vários Serviços existentes neste Centro para o Serviço de CP. Apenas foram considerados casos de doença maligna caracterizada e confirmada. Realizou-se uma descrição da população, salientando-se os doentes que padecem de neoplasias líquidas, comparando-os com as sólidas e a literatura existente.

Resultados: Foram admitidos 14.659 doentes com neoplasia maligna na instituição nos 2 anos em análise (7.170 em 2015 e 7.489 em 2016). Destes, foram referenciados ao Serviço de CP 3.340 doentes (22,8%, 1.755 em 2015 e 1.585 em 2016), maioritariamente diagnosticados com neoplasias sólidas (97,4%). Em 2015 ocorreu uma referência de doentes com neoplasias sólidas 33 vezes superior à dos tumores líquidos e, em 2016, 44 vezes superior.

No subgrupo dos doentes com neoplasias sólidas admitidos na instituição foram referenciados para CP 23,5% em 2015 e 24,6% em 2016 (cerca de 24% nos dois anos). No subgrupo dos doentes com neoplasias líquidas admitidos na instituição foram referenciados para CP 6,2% em 2015 e 9,4% em 2016 (cerca de 7,8% nos dois anos). Foi encontrada uma diferença de significado estatístico na comparação da taxa de referência realizada por estes dois subgrupos Oncológicos, globalmente e nos anos 2015 e 2016 separadamente ($p < 0,01$ em todas estas comparações, para um nível de significância de $p < 0,05$).

Analisando os 87 doentes com neoplasias líquidas verifica-se um maior número de refe-

renciações cujo diagnóstico Hematológico é de Linfoma Não Hodgkin de células B (46%, que inclui subtipos indolentes e agressivos), seguido do Mieloma Múltiplo (24,1%) e Linfoma Não Hodgkin de células T (8%). Os doentes possuíam idade mediana de 71 anos ([26-99] anos), sendo 52,9% do género masculino. Apenas um caso proveio do Serviço de Transplante de Medula Óssea, sendo os restantes oriundos do Serviço de Onco-Hematologia. Destes, 86,2% realizaram quimio-imunoterapia (média de 2,5 ciclos) e 19,5% realizaram Radioterapia; 19 foram submetidos a transplante. O tempo mediano desde a referência até à morte foi de 13 dias. 95,4% dos doentes faleceram (90,4% destes no internamento e os restantes no domicílio).

Conclusão: Este trabalho exemplifica a realidade de CP em Portugal. À semelhança do que está descrito na literatura, foi demonstrado que a maioria dos doentes referenciados possui neoplasia sólida. O número total de referências Oncológicas aumentou de 2015 para 2016 e nos subgrupos em análise. A taxa de referência em neoplasias líquidas é semelhante à esperada e descrita na literatura. Estes dados reforçam a necessidade de formação de Profissionais de Saúde nesta temática, para uma referência mais precoce no percurso da doença Oncológica (e não apenas após término do tratamento).

CO 11

TELEMEDICINA – AS SUAS POTENCIALIDADES NUM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Vânia Sá-Araújo

Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia do Porto

Resumo: A telemedicina consiste no uso integrado de sistemas de informação e comunicação para prestar serviços à distância, visando a melhoria e eficiência da prestação de cuidados de saúde.

Este trabalho pretende fazer uma revisão sobre o tema, particularizando a situação em Portugal e a possíveis aplicações desta tecnologia em Cuidados Paliativos.

A Telemedicina não é um conceito recente, sendo, conceptualmente, uma técnica antiga que se tem vindo a desenvolver a par da evolução dos meios tecnológicos de telecomunicação. Em Portugal, a Telemedicina surge com mais visibilidade em 1994, com o início de projetos promovidos pelo Ministério da Saúde, sendo já uma realidade em alguns hospitais e centros de saúde do país.

A aplicação da Telemedicina em Cuidados Paliativos seria uma mais-valia, no sentido de promover a prestação de cuidados especializados em áreas mais remotas, associando-se a uma redução de custos. Pode ser aplicada sob a forma de teleconsulta (consultas em tempo-real) ou sob a forma de teleformação que inclui sistemas de informação para sensibilização da população, assim como, formação de profissionais de saúde. Na perspetiva de avaliar a potencialidade da aplicação da Telemedicina em centros especializados de Cuidados Paliativos, foi efetuado um estudo retrospectivo durante o ano de 2016 que incluiu os doentes avaliados em regime de ambulatório no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPO-Porto). Nesse período, foram efetuadas 1746 consultas médicas (1179 consultas externas e 567 consultas pela assistência domiciliária), 242 consultas telefónicas e 1145 visitas domiciliárias de enfermagem. As consultas externas corresponderam a 389 doentes, 54,8% do sexo masculino, com uma média de idades de 72 anos e com o número médio de 3 consultas por doente. O diagnóstico mais prevalente foi a neoplasia colo-retal (18,3%), seguindo-se a neoplasia gástrica (11,3%) e do pulmão (10%). Relativamente às áreas de residência, 44% dos doentes residia fora da área metropolitana do Porto, alguns dos quais em distritos geograficamente afastados

como a Guarda, Bragança e Vila Real. No período referido, foram seguidos 86 doentes em regime de visita domiciliária a residir no centro do Porto (45 do sexo feminino, 41 sexo masculino). A média de idades foi de 78 anos, sendo a neoplasia do pulmão (17,4%) e colo-retal (16,3%) as mais frequentes. As consultas telefónicas não foram avaliadas neste estudo, uma vez que o número está, certamente, subestimado pela falta de registo informático

Os doentes paliativos apresentam algumas características particulares, nomeadamente, a debilidade, a dificuldade na deslocação hospitalar e a necessidade de avaliações médicas progressivamente mais regulares, principalmente na fase terminal da doença.

A Telemedicina integrada no Serviço de Cuidados Paliativos do IPO-Porto poderia proporcionar aos doentes residentes em áreas geográficas remotas consultas em tempo-real nos centros de saúde com o apoio do médico/enfermeira ou mesmo no domicílio. Para além de proporcionar maior conforto e bem-estar aos doentes, por evitar a sua deslocação a uma unidade hospitalar longínqua, possibilita uma maior segurança na prestação dos cuidados e menor ansiedade na família. Por outro lado, com a escassez de recursos humanos especializados, esta tecnologia poderia contribuir para uma continuidade na prestação dos cuidados, mesmo em doentes a residir na proximidade do hospital, por exemplo, nos doentes em cuidados de fim de vida.

O desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal continua a ser uma necessidade, no sentido de promover estratégias que permitam a equidade e qualidade nos cuidados de saúde prestados a doentes com doença avançada. A Telemedicina poderá representar uma resposta potencial nesse contexto, no entanto, serão necessários estudos para avaliar os indicadores socio-económicos e o impacto da qualidade na prestação do serviço.

Posters

P 01

COMUNICAÇÃO... PREVENÇÃO OU TRIGGER DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

André Filipe Sousa Ribeiro; Joana Rente
Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga;
Hospital Dr. Francisco Zagalo, Ovar

Introdução: A comunicação é, nos cuidados paliativos, bem como nos restantes cuidados de saúde, um pilar determinante no tratamento dos doentes, e envolve a comunicação verbal, como também todos os gestos que transversalmente se utiliza no designado toque terapêutico e relação de ajuda. A gestão da comunicação não é trivial, nem deve ser considerada levemente, nomeadamente em situações de fim de vida, onde assume particular relevância, devendo ser utilizada com assertividade e coerência pela equipa multidisciplinar, de modo a oferecer conforto, tanto quanto possível, a doentes e familiares.

Este elo do tratamento do doente pode ser ou não facilitadora/ agravante de comportamentos geradores de *stress*, podendo hipoteticamente desencadear *Burnout* nos profissionais de saúde.

Objetivos: Identificar a produção científica existente no âmbito do *Burnout* associado a comunicação nos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos; Depreender se a hipótese de associar défice de estratégias de comunicação com o desencadeamento de *Burnout*; Identificar focos oportunos para reflexão sobre esta temática; Mobilizar os conhecimentos científicos para o contexto/performance profissional.

Material e métodos: Revisão sistemática da literatura com as palavras-chave *burnout*, cuidados paliativos e comunicação.

Resultados: Apurámos fatores agravantes de *stress*: Dificuldade em limitar objetivos de tra-

tamento; Não atingir os objetivos propostos; Necessidade de transmitir resultados/informação clínica aos utentes e familiares/cuidadores; e fatores atenuantes de *stress*: Suporte dos pares no trabalho em equipa multidisciplinar; Perspetiva de melhorar competências comunicacionais.

Discussão/Conclusões: A comunicação entre os pares de profissionais de saúde é favorável ao não desenvolvimento de *stress*, além de permitir uma tomada de decisão sustentada no diálogo e na troca de opiniões e ideias entre os membros da equipa multidisciplinar envolvida.

P 02

MAU CONTROLO SINTOMÁTICO EM DOENTES DO FORO PALIATIVO EM UNIDADES HOSPITALARES DE AGUDOS

Rita Queirós; Márcia Mendonça Souto;
Joana Almeida Calvão; Joana Vaz Cunha; Anabela Morais
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A essência dos Cuidados Paliativos (CP) assenta na promoção do conforto, dignidade e melhoria da qualidade de vida (QV) dos doentes portadores de doenças crónicas, progressivas e incuráveis, que se encontram em fim de vida. Prevenir e aliviar o sofrimento humano na doença terminal implica, imprescindivelmente, uma abordagem holística e integral do doente nas suas múltiplas dimensões: física, emocional, psicológica, social, cultural e espiritual. Para a vivência da qualidade de vida no seu pleno, processo de elevada singularidade, é fundamental colmatar o sofrimento físico através de um eficaz controlo sintomático.

Objetivos: Investigar a adequação do controlo de sintomas em doentes do foro paliativo em unidades hospitalares de agudos.

Material e métodos: Trata-se de um estudo de natureza observacional, exploratório-descritivo e transversal que integrou metodologia quantitativa e que decorreu na Unidade de Cuidados

Paliativos (UCP) de um Centro Hospitalar durante um período de 4 meses. Foram incluídos cinquenta doentes candidatos a medidas de suporte paliativo provenientes dos diversos serviços da instituição, todos portadores de doença crónica incurável, de natureza oncológica e não oncológica e apresentavam esperança de vida inferior a 12 meses. Os indivíduos estavam clinicamente estáveis, cognitivamente preservados e deram o seu acordo por consentimento informado. Para a colheita de dados aplicou-se a escala *Palliative Care Outcome Scale* (POS), instrumento de avaliação da qualidade de vida em indivíduos candidatos a CP.

Resultados: Dos principais sintomas no fim de vida avaliaram-se: a dor, a náusea, a anorexia, a tosse, a dispneia, a obstipação, a insónia e a ansiedade. Foram excluídos o delírio e a disfunção cognitiva por serem critérios de exclusão. Constatou-se que à data de admissão na UCP todos os doentes apresentavam algum tipo de descontrolo sintomático.

O sintoma mais frequente foi a ansiedade (presente em 98% dos doentes) tendo sido descrita de moderada a horrível em 84% dos casos. A anorexia, segundo sintoma mais prevalente (86% dos doentes), foi descrita como horrível em 56% dos casos. O terceiro sintoma mais prevalente foi a dor (84% dos doentes) e foi descrita de moderada a horrível por 66% dos doentes.

Quando avaliado o grupo de doentes com ansiedade intensa ou horrível aproximadamente 2/3 apresentavam simultaneamente dor ou dispneia moderada a horrível. Constatou-se que no grupo de doentes com dor intensa a horrível, a maioria (91% dos casos) apresentava patologia do foro oncológico.

Discussão/Conclusões: Verificou-se um predomínio claro da doença oncológica (80% dos doentes), o que torna necessária uma mudança de paradigma no que diz respeito à solicitação do suporte paliativo para doentes em fim de vida. Os cuidados paliativos não são exclusivos

para doentes oncológicos sendo necessário referenciar os doentes não oncológicos, devendo ser esta referenciação tão precoce quanto possível.

Todos os doentes apresentavam algum tipo de descontrolo sintomático no momento da admissão na UCP, apesar de provenientes de unidades de internamento hospitalar. O ambiente hospitalar não se revelou adequado às necessidades dos doentes do foro paliativo, estando descrito que 40% dos doentes que morrem no hospital tem dor moderada a severa nos três últimos dias de vida.

O ineficaz controlo de alguns sintomas contribui para a exacerbação de outros num sinergismo atroz que não permite a vivência com a melhor qualidade de vida possível para estes doentes.

P 03

FIM DE VIDA: A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO, DA COMUNICAÇÃO E DA ESPIRITUALIDADE

Joana Almeida Calvão; Rita Queirós;
Márcia Mendonça Souto; Joana Vaz Cunha;
Anabela Morais
CHTMAD

Introdução: Qualidade de vida (QV) é um conceito abstrato e de aplicação variável, usado em diferentes situações da vida pessoal, social e política; possui um carácter subjetivo e distinto de pessoa para pessoa. Pode-se dizer que existe boa QV quando a situação vivencial se aproxima daquilo que é aspirado/ desejado e uma má QV quando há grande divergência entre as aspirações e a situação vivencial. Para melhorar QV é necessário diminuir o afastamento entre o expectável e o alcançado. A gestão de expectativas é uma ferramenta fundamental para a promoção da QV no fim de vida, sendo uma intervenção fundamental em cuidados paliativos.

O *Palliative Care Outcomes Scale* (POS) é uma

escala que permite uma avaliação multidimensional do doente em cuidados paliativos (CP). Reconhece-se que este tipo de doente necessita que o ênfase da medição seja no alívio da dor e dos sintomas físicos, mas também na resolução dos problemas emocionais, sociais, psicológicos e espirituais, assim como na informação e no estabelecimento de bons contactos e apoio aos familiares. Quanto maior o índice de POS menor QV.

Objetivos: Estudar a importância da investigação, da comunicação e da espiritualidade no doente em CP.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal de uma amostra de 50 doentes admitidos na Unidade de CP de um Centro Hospitalar, provenientes de diversos serviços do mesmo centro, candidatos a medidas de suporte paliativo, por um período de 4 meses, de abril a julho de 2016.

Aplicação da POS para avaliação da importância que tem a investigação, comunicação e espiritualidade na QV no fim da vida.

Resultados: Amostra com 50 doentes, sendo 58% do sexo masculino e 42% do sexo feminino, com idades entre 43 e 92 anos, média de idades 69.8 anos, mediana 71. Relativamente às variáveis estudadas 54% dos doentes reconhecia ter perdido tempo com a investigação realizada e 48% considerava esta investigação como inútil ou condicionante do seu conforto, refletindo-se num pior índice de POS (23.9). 66% dos doentes referia dificuldade na comunicação com a família e 58% dificuldade na comunicação com os profissionais de saúde, correlacionando-se com um índice de POS superior (24.2). À admissão na UCP apenas 20% dos doentes se encontrava satisfeito com a informação adquirida até à data. Dos doentes admitidos na UCP, 94% atribuía elevado valor à vida no sentido global ou individual. Verificou-se que esta população era mais idosa e que apresentava melhores índices de QV.

Discussão/Conclusão: A aplicação do POS permitiu constatar que persiste uma tendência excessiva e fútil para a investigação e tratamento desproporcional em doentes em fim de vida, com prejuízo grave da sua qualidade de vida no tempo que lhes resta. A informação desadequada ou insuficiente conduziu também a maiores índices de POS ou seja, a pior qualidade de vida. Encontraram-se melhores índices de QV na população mais idosa constatando-se ser este grupo o que atribuía maior valor à vida quer em sentido global ou individual.

A aplicação deste questionário reflete a necessidade crescente de adequarmos a nossa prática aos doentes em CP para que possamos contribuir ativamente na valorização da sua vida.

P 04

DISPNEIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: O QUE INFORMAM OS REGISTOS DE ENFERMAGEM?

Ana Raquel Alves¹; Paulo Reis Pina²

¹Serviço de Medicina Interna no Hospital Garcia de Orta, EPE ; ²Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni, Casa de Saúde da Idanha

Introdução: A avaliação da dispneia, relatada pelo próprio, permite adequar a prestação de cuidados de enfermagem às necessidades do doente. Recomenda-se, tal como na dor, que a avaliação quantitativa da dispneia seja seguida de registos escritos para uma monitorização contínua.

Objetivos: Comparar os registos de enfermagem (RE) e os resultados obtidos por auto-avaliação da dispneia do doente; Conhecer a intensidade da dispneia em repouso e da dispneia funcional do doente através de uma escala de avaliação numérica (EAN); Estudar os RE sobre a dispneia do doente; Identificar nos RE as intervenções autónomas de enfermagem que visem o cuidar e alcançar um tratamento ótimo para a dispneia; Perceber se o turno de enfermagem pode influenciar a avaliação da

dispneia feita por indivíduos com doença avançada, progressiva e incurável.

Material e métodos: Abordagem: - Estudo quantitativo, descritivo, transversal e observacional; População: - Doentes consecutivos, internados no serviço de Medicina I e Medicina II do Hospital Garcia de Orta, EPE, no período de 13 de Maio de 2016 a 13 de Junho de 2016.

Elegibilidade: sujeitos com idade superior a 18 anos; portadores de doença incurável, avançada e progressiva; com consentimento esclarecido e informado assinado; com capacidade para auto-avaliar a intensidade da sua dispneia numa EAN; RE do doente disponíveis e completos;

Amostra: indivíduos da população-alvo com menos de 4 erros no *Short Portable Mental Status*.

Resultados: - Foram incluídos 77 indivíduos (53.2% homens, idade-mediana 73 anos, 68.8% com escolaridade “Básica”). As doenças do aparelho circulatório são o principal motivo de internamento (40%).

- Dispneia em Repouso: relatada por 16,9% dos doentes, mas mencionada apenas em 11,7% dos RE.

- Dispneia Funcional: 31,2% dos doentes refere dispneia aquando a realização de uma atividade de vida diária, com mediana de 5 na EAN. À luz dos RE, 28,6% dos indivíduos tem dispneia funcional.

- Sabe-se que 7,8% dos indivíduos inclui-se em dispneia funcional de grau reduzido, 14,3% de grau moderado e os restantes 9,1% em dispneia funcional em grau elevado. As mesmas percentagens são obtidas nos RE.

- O turno no qual foi aplicado o formulário não enviou a auto-avaliação da dispneia

- Intervenções autónomas de Enfermagem: Segundo os RE somente 38% da amostra apresentou diagnóstico de dispneia em repouso e/ou funcional. A Tabela 1 exhibe as intervenções autónomas de enfermagem identificadas e a percentagem de sujeitos a quem estas foram prestadas.

- As intervenções autónomas de enfermagem não abrangem todas as dimensões da dispneia total

- Não existe um plano terapêutico diferenciado para o controlo sintomático de diferentes intensidades da dispneia.

Discussão e conclusões: Sem recurso a EAN, os enfermeiros diagnosticam corretamente a dispneia, porém, não se verificam intervenções de enfermagem holísticas e diferenciadas; Os RE quantitativos contribuem para maior rigor na identificação, monitorização e intervenção na dispneia e por conseguinte manutenção da qualidade de vida do doente; Considera-se necessária uma abordagem mais sistematizada da dispneia em indivíduos com necessidades paliativas.

P 05

CUSTOS E RECOMPENSAS ASSOCIADOS AO PAPEL DO CUIDADOR EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Susana Moutinho; Sónia Castro; Magda Oliveira Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE Hospital Cuf Porto Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Introdução: O processo de adaptação à doença incurável envolve o compromisso das dimensões biopsicossocial e espiritual do doente e também dos familiares. O reconhecimento do papel da família enquanto prestadora de cuidados implica o reconhecimento do seu sofrimento e a atenção às enormes exigências inerentes ao papel e às tarefas desempenhadas, o que pode conduzir a sintomas de exaustão, fadiga, ansiedade, depressão, e outros, e a implicações na vida pessoal, familiar e social, o que culminará em sobrecarga do cuidador e em consequências físicas, psicológicas, espirituais e sociais que interferem na perceção de qualidade de vida do cuidador.

Todavia, embora este processo possa ser bastante desgastante, ele é ao mesmo tempo fre-

quentemente referido como um tempo único e gratificante que contribui para o crescimento pessoal e espiritual. Desta forma, apesar dos custos, cuidar de um familiar em fase paliativa pode promover no cuidador o aumento da autoestima, satisfação e crescimento pessoal, sentido de vida e gratidão a si próprio por retribuir cuidados, o que conduz a afetos positivos. **Método e materiais:** *Design:* Estudo naturalista, prospetivo.

Amostra: 61 familiares, cuidadores informais, de doentes internados no Serviço de Cuidados Paliativos do IPO Porto.

Instrumentos: Foram avaliados com uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos, o Termómetro do *Distress* (DT), a escala analógica da Perceção de Mudanças Positivas (PMP), a HADS, a Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS), a *Stress-Related Growth Scale* (SRGS), a Escala de Sentido de Vida (SV), o Questionário de Sobrecarga do Cuidador (QASCI), e a FACIT (Geral e Espiritualidade).

Resultados: São muitos os custos da prestação de cuidados a um doente paliativo, nomeadamente níveis elevados de *Distress* (M=8,1), Ansiedade (M=9,89), Depressão (M=7,82) e Sobrecarga do Cuidador (M=65,0), que se correlacionam negativamente com o Sentido de Vida (SV), a Qualidade de Vida (FACIT) e a Espiritualidade. Porém, curiosamente, os níveis de Afetividade Positiva (AP) (M=26,6) encontrados são superiores aos dos Afetos Negativos (AN) (M=17,4), não havendo qualquer correlação entre ambos, e estando os primeiros (AP) relacionados com a PMP associadas ao cuidar e com o Crescimento Pessoal pós-stress (CP). Por sua vez, os AN estão relacionados pela positiva com a HADS e a QASCI, e pela negativa com o SV, a FACIT e a Espiritualidade. Considerando os scores do DT, os dados demonstraram uma diferença entre grupos (acima e abaixo do ponto de corte 5) na HADS e suas subescalas e em 2 dimensões da FACIT.

Conclusão: Os dados mostram claramente que a prestação de cuidados a um doente oncológico em cuidados paliativos tem custos e recompensas para os cuidadores. Se por um lado é evidente os níveis de sofrimento emocional elevados, com sintomatologia depressiva e ansiosa acima dos valores normativos, a presença de AN, o compromisso da qualidade de vida (FACIT), e a elevada sobrecarga percecionada por quem cuida, por outro também é evidente que existem recompensas: a PMP associadas ao cuidar, a perceção de CP, e a experiencição de AP, todos uma realidade paralelamente presente. Verifica-se até a presença de níveis de AP superiores aos AN, o que parece estar associado à perceção de ganhos e mudanças positivas. São estes ganhos percecionados que, apesar do *distress* e da sintomatologia presente, parecem estar a moderar a relação com os níveis de sobrecarga e com os níveis de qualidade de vida e a espiritualidade.

Cuidar implica custos e recompensas e os afetos parecem estabelecer um papel chave na determinação do impacto positivo e negativo de prestar cuidados em Cuidados Paliativos.

P 06

PREVALÊNCIA DAS ÚLCERAS TERMINAIS DE KENNEDY NUM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Maria Neves Rocha
Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Introdução: A Úlcera Terminal de Kennedy surge frequentemente nas pessoas em fim de vida como resultado das modificações da pele nesta fase, exigindo adequação dos cuidados. Identificar a sua prevalência no doente terminal e os conhecimentos dos profissionais de enfermagem na área paliativa, permite delinear formação adequada e ajustar os cuidados a prestar.

Objetivos: Caracterizar a Úlcera Terminal de Kennedy e especificidades que a diferenciam

das restantes úlceras.

Descrever as modificações da pele em fim de vida, implicações para o doente e prestação de cuidados de enfermagem.

Implementar estratégias de redução da prevalência de Úlcera Terminal de Kennedy nos doentes paliativos internados no Serviço de Cuidados Paliativos do IPO Coimbra.

Metodologia: Este trabalho baseia-se numa investigação/ação com aplicação de formação aos profissionais e implementação de estratégias preventivas de cuidados à pele para prevenção do risco de desenvolver Úlceras Terminais de Kennedy.

Na prática de cuidados de enfermagem foram identificadas Lesões Por Pressão com surgimento súbito e outras lesões específicas (como fragilidade cutânea, quebras cutâneas, equimoses, cianose) na pele dos doentes em fase terminal, internados nos Cuidados Paliativos do IPO Coimbra. Na prática de cuidados identificou-se a existência dessas alterações da pele descrevendo-as, fundamentando a sua etiologia e adequando os cuidados a prestar, com vista à promoção do conforto da pessoa em fase terminal. Estas modificações da pele em fim de vida, descritas no *SCALE Final Consensus Statement*, são muitas vezes desconhecidas dos profissionais de saúde, implicando formação da equipa. Foram realizadas duas formações em serviço aos enfermeiros e implementadas de Janeiro a Junho de 2017, estratégias preventivas do aparecimento das UTK.

Resultados: Grande parte da equipa de enfermagem do Serviço de Cuidados Paliativos do IPOC identifica a existência de modificações da pele em fim de vida (sobretudo equimoses, cianoses periféricas, quebras cutâneas, alterações da textura, tonicidade e coloração da pele da pessoa) mas não diferencia as Úlceras Terminais de Kennedy das restantes Lesões Por Pressão. Numa avaliação diagnóstica dos conhecimentos da equipa de enfermagem do SCP efetuada

por intermédio de um questionário, constatou-se a necessidade de formação da equipa sobre as modificações da pele em fim de vida e adequação dos cuidados a prestar, por forma a maximizar o conforto do doente e adequar intervenções e custos.

A pesquisa bibliográfica manifesta pouca evidência com estudos baseados na prática clínica. No Serviço de Cuidados Paliativos as Úlceras Terminais de Kennedy apresentaram uma prevalência de 25%, no mês de novembro de 2016, tendo-se determinado ser este o objetivo específico de formação em serviço para 2017, proposto pelo elo de ligação do Grupo das Feridas, no serviço.

Em Julho de 2017, após a realização de duas formações em serviço e a aplicação das medidas de prevenção definidas em equipa, denotou-se uma redução das UTK de 25% para 15%.

P 07

A ESCALADA DE OPIÓIDES EM DOENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS: RELATO DE CASO

Maria Eduarda Couto; José Ferraz Gonçalves; Nelson Domingues

Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E.

Introdução: O Mieloma Múltiplo é uma patologia com atingimento ósseo, que condiciona queixas algícas frequentes a este nível. Nos últimos anos tem sido possível aumentar progressivamente a esperança média de vida destes doentes, através da inclusão de novos fármacos mais eficazes no controlo da patologia. Assim, houve um aumento do tempo de doença, com acréscimo do tempo de sintomatologia associada, que é necessário seguir e controlar. **Objetivo:** Através da descrição deste caso clínico de Mieloma Múltiplo, em seguimento por Cuidados Paliativos, pretende-se rever a necessidade de analgesia opióide ao longo do tempo de patologia e perceber a razão dessa variação. **Materiais e métodos:** Este caso clínico des-

creve a história de uma doente do género feminino, com 64 anos de idade ao diagnóstico de Mieloma Múltiplo em 2011. Realizou três linhas terapêuticas com imuno-quimioterapia e um auto-transplante de medula óssea, obtendo resposta, iniciando posteriormente um quarto tratamento que foi interrompido por progressão de doença. Foi também tratada com Radioterapia com o intuito de alívio das queixas álgicas (direcionada a lesões líticas do úmero e fémur). Na ausência de outras linhas terapêuticas a propor, a doente foi encaminhada para o Serviço de Cuidados Paliativos em 2017, com o intuito de tratamento sintomático e seguimento. Faleceu em Setembro de 2017, internada neste Serviço. Foram analisadas todas as folhas terapêuticas desta doente quanto à analgesia opióide prescrita, deste o diagnóstico e até ao falecimento, no âmbito de internamento e de ambulatório.

Resultados: Ao longo do tempo de doença ocorreu uma necessidade de aumento da dose de análogo da morfina administrado, principalmente durante os últimos 9 meses de vida. Em Janeiro de 2017 a dor era controlada com Fentanil transdérmico de libertação 25 ug/h (associado a analgesia de resgate), posteriormente com Fentanil transdérmico de libertação 400 ug/h, culminando em Sufentanil 0,75 mg/h em perfusão contínua diário associado a dose de resgate de 60 mg de morfina subcutânea na última atualização terapêutica realizada no Serviço de Cuidados Paliativos (onde foi admitida por dor não controlada pela segunda vez). Esta variação parece ter sido motivada pela progressão inexorável da doença e pela crescente dessensibilização a este grupo de fármacos.

Conclusão: Este trabalho pretende sensibilizar para a necessidade progressivamente aumentada de analgesia em doentes que padecem de uma patologia com uma esperança média de vida cada vez maior, com mais tempo de doença, e que condiciona importantes queixas álgicas (pelo atingimento ósseo). Adicionalmente,

procura-se salientar os riscos da dessensibilização opióide (pelos efeitos adversos conhecidos deste grupo de medicamentos e também pela consequente redução da diversidade de fármacos que poderemos oferecer a estes doentes).

P 08

ONDE TERMINA A VIDA DOS NOSSOS DOENTES?

Luís André Teixeira; André Torres Cardoso; Marisol Nogueira; Sara Gamelas; Beatriz Silva; Tânia Oliveira; Fernanda Segura
USF Senhora de Vagos, Unidade Multidisciplinar de Dor, CHBV

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os Cuidados Paliativos (CP) visam melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas de doenças incuráveis com prognóstico limitado ou doença ameaçadora de vida. O acompanhamento por CP associa-se a diminuição dos tempos de internamento hospitalar, da futilidade terapêutica, do recurso a serviços de urgência e, consequentemente, redução dos custos em saúde. Sempre que possível, o doente deve ser acompanhado no local da sua preferência, sendo este um indicador de qualidade em CP. Sabe-se também que a maioria dos doentes em fim de vida prefere morrer em casa, e que a mesma pode contribuir para a qualidade da morte destes doentes sem com isso sobrecarregar significativamente o cuidador.

Objetivos: Caracterizar o perfil dos doentes e morbilidades, bem como analisar o local de morte na Unidade Multidisciplinar da Dor do CHBV – HIP.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo da população seguida na Unidade Multidisciplinar da Dor do CHBV – HIP. Dados colhidos em Novembro 2016 com recurso aos processos clínicos e a análises estatística realizada em SPSSv20.

Critério de inclusão: óbitos ocorridos entre Ja-

neiro de 2012 e Outubro de 2016.

Critério de exclusão: doentes seguidos em consulta por outros motivos que não CP.

Resultados: No período de estudo, a Unidade Multidisciplinar da Dor do CHBV – HIP registou 806 óbitos de doentes seguidos na sua consulta. De entre os doentes, 579 (72%) encontravam-se em cuidados paliativos (99.5% por patologia oncológica) – 58,2% do sexo masculino, com idade média de 72,16 anos (d.p. 11,386, mín.33 máx.96), e 41,8% do sexo feminino com idade média de 74,98 anos (d.p. 11,447, mín.35, máx.96).

Quase metade da patologia oncológica (48.6%, n=280) era de causa digestiva, lideradas pelas neoplasias malignas do cólon (14.2%, n=82) e do estômago (14.2%, n=82). Outros sistemas mais afetados foram o respiratório (13%, n=75) e genital masculino (10,2%, n=59).

O Domicílio/Lar foram os locais de morte mais frequentes (70,8% dos casos), seguidos pelos Serviços de Internamento Hospitalar (20,6%) e o Serviço de Urgência (8,1%).

As mortes no domicílio ocorreram em doentes com idades mais avançadas, comparativamente às mortes decorridas em serviços de internamento ($p < 0.001$) ou SU ($p = 0.049$). Entre estes dois últimos não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0.543$).

Não houve diferenças significativas entre o tempo de seguimento dos doentes em consulta de CP e o respetivo local de morte (ANOVA $p = 0,178$).

Discussão/Conclusões: Tendo em conta os resultados encontrados no presente trabalho verifica-se que no período visado a grande maioria dos doentes morreu em ambiente domiciliário ou equivalente (70,8%).

Verificou-se também que os doentes seguidos em consulta de CP com idade mais avançada morrem mais no domicílio, enquanto doentes menos velhos morrem mais em serviços de internamento ($p < 0,001$). O que isto nos permite

inferir é que as famílias terão maior capacidade de aceitação perante a morte/complicações da doença quando o doente é mais velho, comparativamente a idade mais jovem. Da mesma forma, nós, profissionais de saúde, deveríamos sempre repensar o nosso impulso médico que quase invariavelmente conduz a encarniçamento terapêutico e a morte em contexto hospitalar. Um dos aspetos que porventura poderia ser melhorado na prática diária dos CP seria perceber qual o local de preferência de morte dos doentes e registá-lo no processo clínico, bem como sensibilizar os familiares/profissionais de saúde para a importância do conforto do doente em fase terminal de vida. Da mesma forma, estudos apontam que as equipas de apoio domiciliário melhoram as taxas de morte no domicílio vs hospital, quando comparativamente às equipas hospitalares, daí a importância da criação ou desenvolvimento de equipas multidisciplinares na abordagem ao doente em fase terminal.

P 09

ABORDAGEM DE FERIDAS MALIGNAS EM CUIDADOS PALIATIVOS: CASOS CLÍNICOS

Maria João Marques Ribeiro; Lúcia Guedes; Vânia Araújo; Isabel Costa; Ferraz Gonçalves
Hospital S. João; Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; IPO - Porto

Resumo: O cuidado das feridas neoplásicas tem um papel indispensável no tratamento de suporte do doente com cancro avançado. Estima-se que cerca de 5 – 10% dos doentes oncológicos tenham feridas neoplásicas decorrentes do tumor primário ou metastático. Uma vez que a cicatrização raramente é conseguida, o tratamento das feridas foca-se sobretudo no tratamento dos sintomas e na manutenção ou melhoria da qualidade de vida do doente.

É imperativo que o tratamento das feridas malignas dos doentes em Cuidados Paliativos seja feito de forma individual. Este trabalho tem como objectivo a descrição de 4 casos clínicos

de doentes internados no Serviço de Cuidados Paliativos do IPO do Porto com diferentes necessidades aquando da abordagem das mesmas.

As neoplasias primárias dos doentes internados eram dispare, passando não só pelos tumores da cabeça e pescoço mas também pelos tumores genitourinários.

Uma vez que as feridas têm, muitas vezes, tecido necrosado e um elevado número de microorganismos anaeróbios na superfície da lesão, é habitual que, quando infectada, liberte um odor desagradável. O odor tem um impacto negativo substancial na vida do doente uma vez que desencadeia sentimento de vergonha e, no limite, isolamento social. Todos os doentes expostos neste trabalho, necessitaram, em alguma fase do internamento, de antibioterapia tópica ou sistémica, para controlar o odor fétido decorrente de infeção da ferida maligna.

As feridas malignas são também altamente exsudativas. A realização de penso diário, para além de controlar o odor previamente mencionado, promove limpeza da lesão e a previne a acumulação de exsudado. Em casos específicos, como no caso de um dos doentes observados, foi necessária a realização de cuidados de penso de forma bidirária.

Um dos doentes observados tinha uma lesão sangrante que provocava desassossego ao doente e família. Os cuidados eram feitos com pensos não aderentes, sempre com atenção de não lesar estruturas e tecidos da ferida, privilegiando a humedificação dos pensos antes da sua remoção.

O controlo da dor é fundamental na abordagem das feridas malignas. Para além da abordagem multidimensional da dor basal, antes dos cuidados de penso, alguns doentes necessitam de sedação. Nos casos descritos, os fármacos maioritariamente utilizados para essa abordagem foram os opióides, as benzodiazepinas e os anestésicos com efeito hipnótico. No entanto, e apesar da desestruturação anatómica no local

da ferida maligna, muitos doentes não necessitam de sedação pré cuidados de penso, como aconteceu com um dos doentes observados.

O doente com ferida maligna sente-se muitas vezes estigmatizado já que existe uma deformação física e um obstáculo às atividades da vida diária decorrentes da dor, do odor e hemorragia da lesão. Posto isto, o tratamento das feridas malignas deve ser individualizado e ter como objectivo primordial, a promoção da qualidade de vida e o bem-estar do doente no fim de vida.

P 10

MEDICINA PALIATIVA – A REALIDADE DO INTERNAMENTO DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

Ana Raquel Monteiro; Ana Vítor Silva;

José Ferraz Gonçalves

Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil

Introdução: A medicina paliativa representa uma abordagem interdisciplinar e holística do controlo de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais com o objectivo global da melhoria da qualidade de vida do doente. Consequentemente, a formação de médicos em medicina paliativa é crucial e tem aplicação prática em variadas especialidade médicas. Na oncologia e no tratamento do doente com cancro avançado, a prontidão na procura e tratamento de sintomas condicionantes é imperativa, e como tal, a formação em medicina paliativa deverá ser uma prioridade.

Objetivos: Caracterizar a população de doentes internados num serviço de medicina paliativa de um hospital oncológico.

Material e métodos: Estudo descritivo sobre a população de doentes observada em regime de internamento por uma equipa de medicina paliativa durante 3 meses, entre julho e setembro de 2017. Foi feita a sua caracterização demográfica. As neoplasias primárias que motivaram admissão no hospital oncológico foram classi-

ficadas segundo os grupos nosológicos do ICD 10. Foram avaliados outros parâmetros como os principais motivos de internamento, a mortalidade intra-hospitalar e o tempo decorrido entre a referenciação do doente para medicina paliativa e a sua morte.

Resultados: Foram observados 79 doentes, com uma idade média de 67 anos, 56% eram do sexo masculino e 76% eram classificados como ECOG 3 ou 4. As neoplasias primárias mais comuns eram as neoplasias da próstata (13%), cólon (11%), estômago (11%), pulmão (10%) e mama (10%). Os motivos de internamento mais comuns foram: Dor não controlada presente em 56% dos doentes, degradação clínica global em 28%, infecção em 23%. Outros motivos de internamento frequentes foram oclusão intestinal, confusão, hemorragia e feridas malignas com necessidade de cuidados de enfermagem diários. Os doentes internados para controlo de sintomas representam 67%, tendo os restantes sido internados para cuidados de fim de vida. A referenciação dos doentes para medicina paliativa foi feita em média 39 meses depois do diagnóstico da neoplasia primária. O tempo médio de internamento foi de 21 dias. A mortalidade intra-hospitalar foi 65%, sendo que 35% dos doentes teve alta. Os doentes que morreram durante o internamento foram referenciados em média 6 semanas antes da sua morte.

Discussão: A caracterização da população mostrou uma distribuição normal de idades, com média de 67 anos, e um significativo grau de dependência como demonstrado pela distribuição na escala ECOG. As cinco neoplasias mais comuns corresponderam às cinco neoplasias com maior incidência anual em Portugal em 2012, de acordo com o relatório “Doenças Oncológicas em números – 2015” da Direcção Geral da Saúde. A dor continua a ser um sintoma limitante e de difícil controlo nos doentes com cancro avançado, o que mos-

tra a necessidade de sensibilizar doentes e profissionais de saúde para este problema e de desmistificar o seu tratamento. A medicina paliativa tem um papel igualmente importante no controlo de sintomas e nos cuidados terminais, e ao contrário do preconceito presente muitas vezes relativamente a esta área da medicina, os doentes são frequentemente internados para controlo de sintomas e após o seu alcance têm alta para o domicílio mantendo seguimento, por vezes a longo prazo, em consulta externa. Finalmente, dentro do grupo de doentes que faleceu durante o internamento, a média de tempo entre a referenciação dos doentes e a morte foi de 6 semanas, mostrando que a referenciação é muito frequentemente feita numa fase avançada, por vezes terminal, da doença, ao contrário do que seria ideal. A formação de médicos oncologistas em medicina paliativa é essencial para promover um melhor controlo de sintomas dos doentes ainda durante a fase de tratamentos dirigidos à doença e para promover uma melhor e mais atempada referenciação a medicina paliativa.

P 11

SOFRIMENTO EXISTENCIAL E A MEDICINA PALIATIVA

Hugo Lucas

Clínica S. João de Ávila, Instituto S. João de Deus, Lisboa

Resumo: O sofrimento existencial (SE) constituiu-se como uma das atuais problemáticas em cuidados paliativos, sobretudo em doentes que se encontram a vivenciar o seu processo de fim de vida, portadores de doença incurável, com marcada expressão temporal, e progressivamente incapacitante, limitadora do eu físico, psicológico e existencial. Saunders (1988) fez referência a esta dimensão, desde logo, quando elaborou o conceito de “dor total” e o impregnou com a perda de sentido de vida a que

Frankl (1984) se referiu no relato sobre a sua experiência multidimensional de sofrimento.

De difícil definição conceptual pela multiplicidade de conceitos (sofrimento existencial, síndrome de desmoralização, angústia de morte) e, sobreposição dos mesmos quanto às dimensões do sofrimento humano (físico, psicológico, relacional e espiritual), conhecem-se aspetos essenciais referentes à sua avaliação (sentido/ objetivos de vida/ desamparo/ desapego/ angústia/ desmoralização/ dignidade). Kissane (2000) considera estes temas existenciais, encarados pelos doentes em fim de vida, como *key existential challenges* e propõe intervenções facilitadoras da procura do sentido e construção de objetivos de vida. Atribui-se particular importância às intervenções dirigidas, que permitem uma abordagem ao SE, valorizando deste modo a importância da medicina paliativa enquanto área interdisciplinar e resposta ao sofrimento humano.

Objetivos: Descrever o caso clínico de uma doente, internada numa UCP, com pedido de eutanásia; Discutir os critérios de diagnóstico do sofrimento existencial e a sua aplicabilidade; Refletir sobre estratégias de intervenção multidisciplinar de modo a consensualizar os objetivos na tríade equipa-doente-família.

Apresenta-se um estudo de caso que permite fundamentar os principais aspetos teóricos das definições existentes, a metodologia de avaliação implementada e os seus resultados, e as estratégias de intervenção delineadas e implementadas (farmacológicas e não farmacológicas), que possibilitaram a remissão total do SE na doente, o evidente controlo sintomático (físico, psicológico, espiritual e existencial), o reforço do apoio familiar, e a exploração da dimensão existencial.

Salientam-se ainda os principais desafios à intervenção, as dificuldades na avaliação e o trabalho da tríade referida como aspetos centrais no desenvolvimento de trabalhos futuros nesta área.

Não existem conflitos nem financiamento para o trabalho apresentado.

P 12

UM DIA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA

Tiago Alves, Inês Coelho e Teresa Inês
Centro Hospitalar do Médio Tejo

Introdução: Apesar da crescente sensibilização sobre os cuidados paliativos, parece existir na prática médica um atraso na altura da sua implementação, bem como uma falha na identificação dos doentes que carecem destes cuidados, estando estes muitas vezes reservados para doentes em fase agónica.

Objetivo: Quantificar e caracterizar os doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna (MI) com indicação para instituição de cuidados paliativos segundo as orientações da Organização Mundial de Saúde.

Material e métodos: Os autores selecionaram um dia aleatório e conduziram um estudo observacional, transversal e descritivo, através da análise dos processos clínicos de doentes internados numa enfermaria de MI nesse dia.

Resultados: Dos 26 doentes internados, foram incluídos no estudo 11 doentes (42.3%) que apresentavam indicação para instituição dos terapêuticos paliativos. Na amostra em estudo, 54.5% eram do sexo masculino e 45.5% do sexo feminino, com uma média de idades de 83 ± 16 anos. Destes, a grande maioria apresentava doença crónica não oncológica avançada (81.8%), 1 doente (9.09%) apresentava doença oncológica e 1 doente (9.09%) apresentava uma incapacidade funcional secundária a um evento agudo. Os principais motivos de internamento foram complicações infecciosas (72.7%), seguido da progressão da doença de base em (18.2%).

Da análise dos processos verificou-se que do total dos 11 doentes, 10 (90.9%) apresentavam o teto terapêutico definido em registo clínico,

contudo 72,7% mantinham terapêuticas consideradas inapropriadas/fúteis atendendo à expectativa de vida e curso da doença de base, apenas 18,2% (2 doentes) apresentavam uma prescrição terapêutica vocacionada apenas para a sintomatologia do doente, sendo que nestes a morte se verificou ao fim de 24h e 36h. **Discussão/Conclusões:** Dos dados apresentados, atendo à limitação da pequena amostra, pode-se verificar que há uma elevada quantidade de doentes com necessidade de cuidados paliativos nas enfermarias de MI. Apesar destes doentes serem cada vez mais identificados, ainda existem várias falhas na implementação nas estratégias terapêuticas, parecendo ser mais fácil atingir uma adequação terapêutica apenas nos doentes em fase agónica.

P 13

A PROMOÇÃO DO PERDÃO: CASO CLÍNICO

Rita Santos Silva¹; Sílvia Caldeira²

¹Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal; ²Centre for Interdisciplinary Research in Health, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisbon, Portugal

Introdução: Em Cuidados Paliativos, doentes com doenças avançadas, progressivas e incuráveis podem ter a necessidade de rever todo o processo de vida, refletindo sobre os acontecimentos críticos da vida, relacionamentos, oportunidades perdidas ou ações agora vistas como lamentáveis. A necessidade de perdão pode ser expressa como autoperdão ou a necessidade da busca do perdão. Existem muitos efeitos nocivos em não perdoar, incluindo a raiva crónica, depressão, dor/ mau estar geral e o luto complicado para cuidadores e familiares. Por outro lado, os benefícios atribuídos ao perdão incluem melhor estado emocional, diminuição da depressão, diminuição da raiva, a melhoria da esperança e conclusão das tarefas da vida.

Objetivos: Descrição de um caso clínico e aná-

lise reflexiva do acompanhamento do doente com sofrimento existencial e da sua família pela equipa de cuidados paliativos.

Materiais e métodos: Discussão do caso clínico referente a uma cliente de 54 anos de idade, raça caucasiana, casada, com 3 filhos. Os autores descrevem em pormenor a intervenção multidisciplinar relacionada com a promoção e facilitação do perdão, com o objetivo de minimizar o sofrimento existencial durante o internamento. Acresce a reflexão sobre a intervenção da equipa, nomeadamente perante uma necessidade espiritual e a intervenção promover o perdão.

Resultados: Este caso clínico refere-se a uma doente com o diagnóstico de carcinoma da mama, estadio IV à data do diagnóstico médico, com metastização óssea. Cliente deu entrada numa unidade de cuidados paliativos por descontrolo sintomático: dor e sofrimento existencial, manifestado por períodos de angústia e inquietação de difícil controlo. Foi identificada a necessidade de perdão, sendo que cliente manifestou a vontade de reconciliação com a sua irmã, que por diversidades da sua vida existiu um afastamento.

Em equipa, definiram-se algumas intervenções de modo a promover o perdão, tais como escuta ativa, favorecendo sempre a partilha dos sentimentos, desejos, medos e anseios da cliente, paralelamente com um compromisso de não abandono. Foi possível a reaproximação da cliente com sua irmã, tendo sido promovido um momento a sós.

Observou-se que após estas intervenções, a doente ficou mais tranquila, com escassos períodos de inquietação e maiores períodos de serenidade.

A complexidade e particularidade dos cuidados paliativos exige uma abordagem multidisciplinar e trabalho em equipa com metodologia, plano assistencial e objetivos comuns, pois ao ser confrontado com um prognóstico de vida

limitado, o doente experimenta reações e sentimentos diversos, criando-lhe necessidades de ordem física, psicológica, social e espiritual. O perdão tem sido descrito como um processo interno em que o dano ou prejuízo é plenamente reconhecido. Perdão inclui tanto a decisão interna consciente para deixar de ir o que é entendido como dano e de buscar a paz, bem como o trabalho duro da transformação emocional de substituir emoções negativas com o outro, através de emoções positivas como a empatia, simpatia, compaixão e amor. Estes sentimentos podem ajudar a viver o fim de vida com mais serenidade e devem integrar a intervenção não farmacológica da equipa.

Conclusão: A intervenção multidisciplinar visa dar resposta não só às necessidades físicas, psicológicas, sociais, mas também às necessidades espirituais, intervindo ativamente no sofrimento existencial.

A promoção do perdão por parte da equipa tornou-se fundamental e assumiu-se como uma intervenção com ganhos a nível sintomático, no bem-estar e sentido de vida.

P 14

DECISÃO DE NÃO REANIMAR: ESTUDO TRANSVERSAL NA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Inês Almeida Costa

Centro Hospitalar de São João

Introdução: A decisão de não reanimar (DNR) consiste numa ordem perante a qual não deverá proceder-se à reanimação do doente caso ocorra paragem cardio-respiratória. É uma ordem que deve ser considerada em situações de baixa probabilidade de sucesso da reanimação ou quando é certo que esta se associará a uma morbilidade intolerável. Trata-se de um imperativo ético frequentemente pouco valorizado no quotidiano médico.

Objetivo: O objetivo principal deste estudo foi descrever a frequência, adequabilidade, formato e pessoas envolvidas nas DNRs nas enfermarias de Medicina Interna de um hospital terciário. O objetivo secundário foi averiguar a correlação entre DNR e variáveis demográficas, funcionais e co-morbilidades.

Material e métodos: Para tal, durante 11 dias consecutivos recolheram-se dados demográficos, estado funcional, motivo de internamento, co-morbilidades, existência e formato da DNR e registo de discussão com o doente/família dos processos electrónicos de doentes internados. Procedeu-se à análise descritiva, ao estudo de associações e à análise de concordância (k) entre o motivo teórico pelo qual o doente não teria indicação para ser reanimado - seguindo as indicações do Grupo de Bioética da Sociedade Espanhola de Medicina Intensiva (SEMICYUC), publicadas em 2010 - e o motivo pelo qual a equipa médica decidiu instituir uma DNR.

Resultados: Dos 147 doentes analisados, 55% eram mulheres, a idade média foi de 76,9 (\pm 12) anos e o estado funcional, de acordo com a escala de Rankin modificada, de 4 em 14,3% e 5 em 20,1%. Foi considerado não reanimar em 21,1% dos doentes internados, 43,4% das vezes por demência avançada. 64,5% DNRs foram registadas na folha de prescrição, disponível electronicamente e esporadicamente impressa e anexada ao processo físico do doente. O tempo médio até DNR foi de 8,34 (\pm 18,77) dias. Cerca de 40% dos doentes teriam indicação teórica para DNR; a concordância entre DNR teórica e real foi moderada ($k=0,48$). Em 71% dos casos não havia registo de discussão com o doente ou família. Não foi encontrada relação significativa entre DNR e idade, género ou estado civil, mas verificou-se que maior dependência se associava significativamente a maior probabilidade de DNR.

Discussão/Conclusões: Neste trabalho iden-

tificou-se uma percentagem expressiva de DNRs, embora inferior à percentagem teórica considerando co-morbilidades, estado funcional e motivo de internamento, de acordo com o documento de 2010 da SEMICYUC acima citado. As particularidades identificadas, nomeadamente a formulação pouco padronizada, o não envolvimento do doente e família na decisão e o predomínio da demência avançada como motivo de DNR, estão de acordo com os erros e limitações constantes da literatura internacional. Esta constatação releva a importância da formação específica e da existência de protocolos intra-hospitalares.

P 15

“MUITO MAIS DO QUE SEGURAR A MÃO”: UM ESTUDO DE CASO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Sara Margarida Rodrigues Gomes
Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Introdução: O carcinoma do canal anal corresponde a 1,5% das neoplasias gastrointestinais, sendo o espinho-celular o mais prevalente (75%). As recomendações de peritos alertam sobre a necessidade da referenciação precoce para Cuidados Paliativos, constituindo-se como um requisito ético e moral no cuidado destes doentes, em interligação e cooperação com as demais equipas.

Objetivos: Identificar e descrever as intervenções realizadas pelos Enfermeiros do serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Coimbra.

Material e métodos: Estudo de caso único, exploratório e descritivo, com uma amostragem intencional por conveniência. Doente de 60 anos, diagnosticada em 2011 com carcinoma espinho-celular do canal anal, que quando foi proposta para Cuidados Paliativos (2015) tinha um prognóstico estimado de sobrevida de 7 dias a 3 meses, contudo, há 2 anos que é

acompanhada pela nossa equipa. A recolha de dados foi retrospectiva, com consulta e análise do processo clínico. As intervenções de enfermagem identificadas foram enquadradas de acordo com as quatro áreas fundamentais dos cuidados paliativos.

Resultados: O Enfermeiro é mais uma vez reconhecido como competente para desempenhar um papel vital no apoio ao doente e família, através da realização de intervenções autónomas e interdependentes altamente especializadas. O controlo de sintomas foi o motivo central que justificou os reinternamentos, sendo a dor no local da ferida perineal o sintoma mais prevalente. A astenia, ansiedade, sonolência diurna, e os edemas foram outros sintomas alvo de controlo. Em relação à comunicação, a doente foi desde sempre muito expansiva na partilha dos sentimentos e emoções. Quando expressava incerteza, tristeza, medo, ansiedade, impotência e angústia, as intervenções realizadas foram autónomas e pontualmente interdependentes: “encorajar a expressão de emoções”, “prestar apoio emocional”, “escutar o doente”, “advogar apoio médico e psicológico”. Relativamente ao apoio à família, este foi mais incisivo no acolhimento ao serviço e nos primeiros internamentos, sendo executadas intervenções específicas como “apoiar a família”, “avaliar o conhecimento da família sobre a doença”, “providenciar orientação antecipada à família”, “avaliar as crenças espirituais da família”, mas gradualmente este contacto foi dirigido para “planear a transferência de serviço/alta”. Em resposta ao trabalho em equipa, este caso é um exemplo do modelo cooperativo com intervenção nos momentos de crise, verificando-se um benefício claro da prestação de cuidados numa lógica de cuidados partilhados e interdisciplinares, com o envolvimento de diversas especialidades sinalizadas pela equipa de enfermagem, tais como psicologia, consulta da dor, estomaterapia, psiquiatria e urologia. Foi

sempre claro que o intuito das terapêuticas e intervenções realizadas não era curativo e, como tal, impôs-se o primado da qualidade de vida.

Discussão e conclusões: Os desafios que a Oncologia enfrenta, na próxima década, irão marcar profundamente a sociedade e a prestação de cuidados de enfermagem. O privilégio de prestar cuidados a esta doente e família na fase curativa (4 anos) e agora na fase paliativa (2 anos), permitiram-me acompanhar todo o seu percurso de doença, percebendo que o reforço das capacidades, a promoção da auto-estima, envolver e apoiar na tomada de decisão, apoiar as crenças, manter a dignidade e a promoção da esperança têm sido fundamentais para a sua sobrevida. Muito mais do que segurar a mão, os enfermeiros em cuidados paliativos renunciam à ideia caritativa e oferecem os melhores cuidados de saúde, rigorosos, humanizados e não fúteis, baseados em premissas científicas bem fundamentadas e ao encaço da excelência clínica. Acreditamos que este estudo é demonstrativo da referenciação precoce e atempada, bem como do benefício de cuidados interdisciplinares. Ambicionamos o aumento de conhecimento nesta área, admitindo ser um estímulo para a investigação em paliativos.



7º Congresso

Cuidados Paliativos

Organização



Patrocínio



Secretariado

admedic⁺
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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