

IX Congresso Nacional

8º Congresso do IPO-Porto

CUIDADOS PALIATIVOS

Fundação Dr. António Cupertino de Miranda, Porto
25-27 outubro 2018

**PREPARAR O FUTURO,
NOVAS SOLUÇÕES**

#APCP18



**Programa
Científico**



Consulte a versão digital
do programa e aceda aos
resumos



Comissão Organizadora

Presidente Duarte Soares

Ferraz Gonçalves
Cândida Cancelinha
Emília Neves
Cristina Pereira
Joana Rente
Ana Raquel Almeida
Isabel Costa
Paula Silva

Comissão Científica

Presidente Bárbara Gomes

Ferraz Gonçalves
Paula Sapeta
Sandra Pereira
Ana Lacerda
Maja de Brito
Vera Paiva Sarmento
Elga Freire
Sara Pinto

Comissão de Honra

Presidente: Presidente da República Portuguesa

Presidente da Assembleia da República Portuguesa

Ministro da Saúde

Presidente da Comissão de Saúde da Assembleia da República Portuguesa

Bastonário da Ordem dos Médicos

Bastonária da Ordem dos Nutricionistas

Bastonária da Ordem dos Farmacêuticos

Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses

Diretor-Geral da Fundação La Caixa

Presidente do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

Diretora Geral da Saúde

Presidente da Câmara Municipal do Porto

Diretor do Programa Gulbenkian Inovar em Saúde

Presidente da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte

Revisores

Alexandra Ramos Cortês
Amélia Ferreira
Ana Bernardo
Ana Paula Nunes
Aurora Pereira
Bárbara Antunes
Bárbara Gomes
Carla Reigada
Carolina Monteiro
Catarina Simões
Cátia Ferreira
Cristina Galvão
Cristina Pereira
Cristina Pinto

Diogo Martins Branco
Edna Gonçalves
Eduardo Carqueja
Elga Freire
Emília Fradique
Filipa Tavares
Helena Salazar
Hugo Lucas
Joana Mendes
José Eduardo Rebelo
Maja de Brito
Manuel Luís Capelas
Manuela Cerqueira
Mara Freitas

Margarida Alvarenga
Nélia Trindade
Pablo Hernández-Marrero
Patrícia Antunes
Patrícia Coelho
Paula Sapeta
Paulo Reis Pina
Rita Canário
Sandra Alves
Sandra Neves
Sandra Pereira
Sara Pinto
Sílvia Lopes
Vera Sarmento

CUIDADOS PALIATIVOS**25 de outubro - 5ª feira**

	Auditório II	Sala C	Sala A	Auditório I
09:00-10:00h	SESSÃO ESPECIALISTAS EM COMUNICAÇÃO	SESSÃO DE DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS COMPLEXOS	LIDERANÇA E COORDENAÇÃO DE EQUIPAS CLÍNICAS	SESSÃO IPO Nutrição
10:00-11:00h	SESSÃO DE ABERTURA <i>Palliative Care 2020: Two Years into the Future</i>			
11:00-11:30h	Pausa social, lanche e visita aos Posters			
11:30-13:00h	SESSÃO PARALELA Prognóstico	SESSÃO PARALELA Demência	SESSÃO PARALELA Feridas	SESSÃO IPO Tratamento não farmacológico da dor
13:00-14:30h	Almoço de trabalho (lunch box)			
	SESSÃO DE DISCUSSÃO DE POSTERS	SESSÃO ABERTA Observatório Português dos Cuidados Paliativos	SESSÃO ABERTA Grupo de Trabalho APCP - Serviço Social	SESSÃO ABERTA Grupo de Trabalho APCP - Enfermagem
14:30-16:00h	SESSÃO PLENÁRIA Melhor Resumo 2018 Visionário 2018			
16:00-16:30h	Pausa social, lanche e visita aos Posters			
16:30-17:30h		COMUNICAÇÕES ORAIS Populações	COMUNICAÇÕES ORAIS Contextos	SESSÃO ÁREA EMERGENTE Terapias físicas, ocupacionais e artísticas
17:30-19:00h	CINE-DEBATE Medidas Extremas			

26 de outubro - 6ª feira

	Auditório II	Sala C	Sala A	Auditório I
09:00-10:00h	REDES DE INVESTIGAÇÃO	SESSÃO EDITORES DE REVISTAS CIENTÍFICAS	SESSÃO RECONSTRUIR ESPAÇOS	SESSÃO IPO Astenia
10:00-11:00h		COMUNICAÇÕES ORAIS Complexidade e Indicadores	COMUNICAÇÕES ORAIS Cuidadores	SESSÃO ÁREA EMERGENTE Serviços de Urgência e Cuidados Intensivos
11:00-11:30h	Pausa social, lanche e visita aos Posters			

11:30-13:00h	SESSÃO PARALELA Dispneia	SESSÃO PARALELA Benefícios e Custos	SESSÃO PARALELA Tecnologia	SESSÃO IPO Delirium
13:00-14:30h	Almoço de trabalho (lunch box)			
13:15-14:15h	SIMPÓSIO ANGELINI	SESSÃO ABERTA Grupo de Trabalho APCP - Espiritualidade	SESSÃO ABERTA Grupo de Trabalho APCP - Reflexão Ética	SESSÃO ABERTA Ordens Profissionais
14:30-16:00h	SESSÃO PLENÁRIA <i>The Policy Quest of Palliative Care for All</i>			
16:00-16:30h	Pausa social, lanche e visita aos Posters			
16:30-18:00h	SESSÃO PARALELA Integração em Doenças Não Oncológicas	SESSÃO PARALELA Apoio Domiciliário	SESSÃO PARALELA Lares e Cuidados Continuados	SESSÃO IPO Integração em Doenças Oncológicas

27 de outubro - Sábado

	Auditório II	Sala C	Sala A	Auditório I
09:00-10:00h	ASSEMBLEIA GERAL APCP			
10:00-11:00h / 10:00-10:45h	FÓRUM INVESTIGADOR JÚNIOR	SESSÃO VOLUNTARIADO	SESSÃO MEDIA	SESSÃO IPO Opióides
10:45-11:15h				SIMPÓSIO FERRER PORTUGAL
11:15-11:30h	Pausa social, lanche e visita aos Posters			
11:30-13:00h	SESSÃO PLENÁRIA Recentrar os Cuidados nos Doentes e Famílias			
13:00-14:30h	Almoço de trabalho (lunch box)			
	DISCUSSÃO DE POSTERS	SESSÃO ABERTA Grupo de Trabalho APCP - Apoio ao Luto	SESSÃO ABERTA Grupo de Trabalho APCP - Pediatria	SESSÃO ABERTA Grupo de Trabalho APCP - Fisioterapia
14:30-16:00h	SESSÃO PARALELA Apoio Psicossocial e Espiritual	SESSÃO PARALELA Luto	SESSÃO PARALELA Pediatria	SESSÃO IPO Oclusão intestinal
16:00-16:30h	Pausa social, lanche e visita aos Posters			
16:30-17:30h	SESSÃO ENCERRAMENTO Prémios 2018 III Jornadas de Investigação da APCP 2019 <i>Palliative Care and Assisted Dying: Negotiating the Future</i>			

IX Congresso Nacional

8º Congresso do IPO-Porto

CUIDADOS PALIATIVOS

25 5ª FEIRA
outubro 2018

08:00h		Abertura do Secretariado
09:00-10:00h	Auditório II	SESSÃO ESPECIALISTAS EM COMUNICAÇÃO Diane Meier (<i>Center to Advance Palliative Care</i>) e Susana Almeida (IPO Porto, Hospital CUF Porto e Universidade do Porto)
09:00-10:00h	Sala C	SESSÃO DE DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS COMPLEXOS <i>Moderadoras: Cátia Ferreira (Centro Hospitalar Universitário de São João) e Elga Freire (Centro Hospitalar do Porto)</i> Doença respiratória complexa pediátrica, transição para consulta de adultos Lurdes Moraes (Centro Hospitalar do Porto) A dona Maria, demência há 15 anos Cristina Galvão (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo) e Catarina Pazes (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo) Suspensão da ventilação não invasiva contínua domiciliária numa doente com ELA Bruno Fonseca (Unidade Local de Saúde de Matosinhos)
09:00-10:00h	Sala A	LIDERANÇA E COORDENAÇÃO DE EQUIPAS CLÍNICAS Henrique Martins (SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde) e Telmo Baptista (Universidade de Lisboa)
09:00-10:00h	Auditório I	SESSÃO IPO Nutrição Laura Ribeiro (IPO Porto) e Isabel Pinto (Unidade Local de Saúde Matosinhos)
10:00-11:00h	Auditório II	SESSÃO DE ABERTURA <i>Palliative Care 2020: Two Years into the Future</i> Diane Meier (<i>Center to Advance Palliative Care</i>)
11:00-11:30h		Pausa social, lanche e visita aos Posters

11:30-13:00h

Auditório II

SESSÃO PARALELA

Prognóstico

Moderadoras: Sónia Castro (IPO Porto) e Carolina Monteiro (Hospital CUF Porto)

Clinician predictions of survival in palliative care

Paddy Stone (*University College London*)

Acuidade de diferentes métodos prognósticos no contexto português

Filipa Tavares (*Centro Hospitalar Lisboa Norte*)

Ajudando jovens médicos a estimar a sobrevida de doentes com cancro avançado

Teresa Tavares (*Unidade Local de Saúde de Matosinhos*)

11:30-13:00h

Sala C

SESSÃO PARALELA

Demência

Moderadores: José Carreira (Alzheimer Portugal) e Cristina Galvão (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo)

Effects of the Namaste Care Family program for advanced dementia

Jenny van der Steen (*Leiden University Medical Center and Radboud university medical center*)

Cuidados paliativos para pessoas com demência

Necessidades e oportunidades

Wilson Abreu (*Escola Superior de Enfermagem do Porto e Universidade do Porto*)

Potencial de um programa multisensorial e de terapia motora em demência avançada

Sara Almeida (*Universidade de Aveiro e Universidade do Porto*)

11:30-13:00h

Sala A

SESSÃO PARALELA

Feridas

Moderadores: Katia Furtado (ELCOS – Sociedade Portuguesa de Feridas e Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano) e Bruno Fonseca (Unidade Local de Saúde de Matosinhos)

Prevención y cuidados de úlceras por presión en niños

Cristina Quesada (*Centro de Salud Buenavista-Portugalete, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud*)

Investigação e inovação na prevenção e tratamento de feridas

Paulo Alves (*Universidade Católica Portuguesa e Associação Portuguesa Tratamento de Feridas – APTFeridas*)

Melhorando a forma como cuidamos das pessoas com ferida maligna em cuidados paliativos

Maria Aparício (*St Christopher's Hospice*)

11:30-13:00h

Auditório I

SESSÃO IPO

Tratamento não farmacológico da dor

Ana Agrelo (IPO Porto), Artur Aguiar (IPO Porto) e Paula Silva (IPO Porto)

13:00-14:30h

Auditório II

SESSÃO DE DISCUSSÃO DE POSTERS

Almoço de trabalho (lunch box).

Especialistas: Bárbara Antunes (CEISUC, Universidade do Porto e King's College London), Filipa Tavares (Centro Hospitalar Lisboa Norte) e Ferraz Gonçalves (IPO Porto)

Prestação de Cuidados Paliativos por médicos não paliativistas num internamento de Medicina Interna

Sílvia Alexandra Duarte (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro)

Doente paliativo em isolamento estrito por MRSA: O papel do GCL-PPCIRA na equipa multidisciplinar

Vanessa Nobre (Hospital do Mar Lisboa)

Quando o apoio está à distância de uma chamada – A realidade de uma equipa comunitária de suporte em Cuidados Paliativos

Catarina Pazes (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo)

Referenciação precoce de utentes com necessidades em Cuidados Paliativos: Integração da equipa intrahospitalar de suporte em Cuidados Paliativos em reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica, um estudo transversal

Sara Cunha (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Avaliação e caracterização da recorrência ao serviço de urgência em doentes com necessidades paliativas

Albina Moreira (Unidade Local de Saúde de Matosinhos)

Integrating Palliative Care in intensive care burn units: A systematically conducted scoping review

André Ribeiro (Universidade do Porto)

Alimentar em Cuidados Paliativos: O papel do Nutricionista

Carolina Dias (Unidade Local de Saúde de Guarda)

Dor oncológica no serviço de urgência geral: Retrato da população onco-geriátrica

Leonor Vasconcelos de Matos (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental)

Controlo sintomático e agressividade dos cuidados aos doentes com necessidade de Cuidados Paliativos falecidos no SU de um hospital terciário nacional: Estudo retrospectivo

Raquel Oliveira (Universidade do Porto)

13:00-14:30h

Sala C

SESSÃO ABERTA

Almoço de trabalho (lunch box).

Observatório português dos Cuidados Paliativos

Manuel Luís Capelas (Universidade Católica Portuguesa)

13:00-14:30h

Sala A

SESSÃO ABERTA

Almoço de trabalho (lunch box).

Grupo de Trabalho APCP - Serviço Social

Joana Coelho (Centro Hospitalar Universitário de São João) e Cláudia Romão (IPO Lisboa)

13:00-14:30h

Auditório I

SESSÃO ABERTA

Almoço de trabalho (lunch box).

Grupo de Trabalho APCP - Enfermagem

Paula Sapeta (Instituto Politécnico de Castelo Branco) e Sandra Neves (Equipa Coordenadora da RNCCI – Lisboa e Vale do Tejo)

14:30-16:00h

Auditório II

SESSÃO PLENÁRIA

Melhor Resumo 2018

Aggressiveness of medical care in end of life – A retrospective study, an emergent paradigm

Marta Fournier (Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras)

Visionário 2018

16:00-16:30h

Pausa social, lanche e visita aos Posters

16:30-17:30h

Sala C

COMUNICAÇÕES ORAIS

Populações

Moderadoras: Alexandra Dinis (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) e Catarina Pazes (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo)

Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica: Intervenções de enfermagem

Amanda Danielle Resende Silva e Sousa (Universidade Federal Fluminense)

Evolução das equipas hospitalares de Cuidados Paliativos em Portugal e seu impacto na agressividade dos cuidados em fim de vida do doente oncológico que morre no hospital:

Estudo nacional de coorte retrospectivo

Diogo Martins Branco (*King's College London* e IPO Lisboa)

Cuidar do doente com Esclerose Lateral Amiotrófica: Que desafios em Cuidados Paliativos?

Rita Barroso (Hospital do Mar Lisboa)

Síndrome de fragilidade no Idoso com Insuficiência Cardíaca

Sílvia Alexandra Duarte (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro)

16:30-17:30h

Sala A

COMUNICAÇÕES ORAIS

Contextos

Moderadoras: Joana Rente (Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar) e Sandra Pereira (Universidade Católica Portuguesa)

Impacto da implementação do plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos:

Estudo retrospectivo de Coorte

Hugo Lucas (Instituto S. João de Deus)

Cuidados informais e formais em fim de vida no domicílio: Inquérito aos utentes

Bárbara Gomes (Universidade de Coimbra e *King's College London*)

“Com os recursos que têm, já fazem milagres” – Satisfação dos utentes de Cuidados Paliativos domiciliários: Estudo misto

Maja de Brito (Universidade de Coimbra e *King's College London*)

Estudo observacional qualitativo sobre cuidados a doentes em fase final de vida numa unidade de cuidados intensivos de um hospital de agudos do grande Porto

Bárbara Fernandes (Centro Hospitalar Universitário de S. João)

16:30-17:30h

Auditório I

SESSÃO ÁREA EMERGENTE

Terapias físicas, ocupacionais e artísticas

Moderadoras: Catarina Agapito (Casa de Saúde da Idanha - Irmãs Hospitalares) e Cristina Pinto (Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odivelas)

Intervenção cognitiva e funcional em Cuidados Paliativos:

Melhores práticas, melhor evidência

Ana Catarina Santos (Hospital do Mar Lisboa)

O contributo ascendente da fisioterapia em Cuidados Paliativos

João Sá (Hospital do Divino Espírito Santo)

Programa “Aqui Contigo”: Quando a música penetra mais fundo na alma humana – Um projeto musical para doentes terminais

Raquel Gomes (Sociedade Artística Musical dos Pousos – SAMP)

17:30-19:00h

Auditório II

CINE-DEBATE

Medidas Extremas

Joana Branco (Jornalista e coordenadora de informação da Porto Canal) com Alexandra Dinis (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra), António Carneiro (Hospital da Luz Arrábida) e Sandra Pereira (Universidade Católica Portuguesa)

26 6ª FEIRA
outubro 2018

IX Congresso Nacional

8º Congresso do IPO-Porto

CUIDADOS PALIATIVOS

08:00h		Abertura do Secretariado
09:00-10:00h	Auditório II	REDES DE INVESTIGAÇÃO Henrique Barros (Universidade do Porto) e Manuel Luís Capelas (Universidade Católica Portuguesa)
09:00-10:00h	Sala C	SESSÃO EDITORES DE REVISTAS CIENTÍFICAS Catherine Walshe (<i>Lancaster University</i>), Paula Sapeta (Instituto Politécnico de Castelo Branco) e Maja de Brito (Universidade de Coimbra e <i>King's College London</i>)
09:00-10:00h	Sala A	SESSÃO RECONSTRUIR ESPAÇOS Ricardo Alegre (Arquiteto) e Nuno Lopes (Instituto S. João de Deus)
09:00-10:00h	Auditório I	SESSÃO IPO Astenia Paula Silva (IPO Porto)
10:00-11:00h	Sala C	COMUNICAÇÕES ORAIS Complexidade e Indicadores <i>Moderadores:</i> José Miguel Lopes (Unidade Local de Saúde Alto Minho) e Paula Sapeta (Instituto Politécnico de Castelo Branco) Sofrimento existencial em Cuidados Paliativos Hugo Lucas (Instituto S. João de Deus) Complexidade: Estudo observacional exploratório Madalena Feio (IPO Lisboa) Análise retrospectiva da morbimortalidade dos doentes com Doença Respiratória Crónica e/ou Neoplasia Pulmonar – Que indicadores de doença avançada na prática clínica? Márcia Cravo (Centro Hospitalar do Porto) Predição de referência precoce a Cuidados Paliativos na doença maligna avançada – Utilidade de ferramentas prognósticas Filipa Tavares (Centro Hospitalar Lisboa Norte)

10:00-11:00h

Sala A

COMUNICAÇÕES ORAIS

Cuidadores

Moderadores: Manuel Luís Capelas (Universidade Católica Portuguesa) e Mara Freitas (APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos)

Are Portuguese healthcare professionals willing to hasten death at a patient's request? A vignette-survey study in Palliative Care congresses in Portugal

Sandra Pereira (Universidade Católica Portuguesa)

Evolução da produção científica em Portugal sobre Cuidados Paliativos entre 2011 e 2017

Tiago Cunha (Instituto Politécnico de Castelo Branco)

Qualidade da relação na doença avançada: Influência sobre a saúde psicológica do cuidador familiar

Alexandra Coelho (Universidade de Lisboa)

O papel da expectativa de diagnóstico, percepção de evolução de doença e sobrecarga de cuidador familiar no luto pré e após morte

Maja de Brito (Universidade de Coimbra e *King's College London*)

10:00-11:00h

Auditório I

SESSÃO ÁREA EMERGENTE

Serviços de Urgência e Cuidados Intensivos

Moderadores: António Carneiro (Hospital da Luz Arrábida) e Duarte Soares (Unidade Local de Saúde do Nordeste e APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos)

Necessidades e cuidados em fim de vida no serviço de urgência

Maria dos Anjos Dixe (Instituto Politécnico de Leiria)

Quando a porta dos cuidados intensivos se abre para o doente oncológico: Prevalência, desafios e estratégias

Diogo Martins Branco (IPO Lisboa e Instituto S. João de Deus)

Integração dos cuidados paliativos e cuidados intensivos: Resultados e implicações do projeto *InPalin*

Pablo Hernández-Marrero (Universidade Católica Portuguesa)

11:00-11:30h

Pausa social, lanche e visita aos Posters

11:30-13:00h

Auditório II

SESSÃO PARALELA

Dispneia

Moderadoras: Conceição Pires (Centro Hospitalar Universitário de São João) e Júlia Alves (Centro Hospitalar do Porto)

Latest discoveries and future challenges in the management of dyspnea

Sara Booth (*University of Cambridge*)

A DPOC, sua complexidade e tomada de decisão em fim de vida
Piedade Amaro (Aposentada da Função Pública)

Abordagens para gerir dispneia na doença respiratória crónica e insuficiência cardíaca

Sara Silva (Centro Hospitalar do Porto)

11:30-13:00h

Sala C

SESSÃO PARALELA

Benefícios e Custos

Moderadoras: Sílvia Lopes (Universidade NOVA de Lisboa) e Bárbara Gomes (Universidade de Coimbra e *King's College London*)

Capturing the value of Palliative Care: Where we are and where we want to be

Fliss Murtagh (*Hull York Medical School*)

Is Palliative Care better and cheaper? Warnings from the economic evidence

Charles Normand (*University of Dublin and King's College London*)

Gratidão de doentes e famílias em Cuidados Paliativos:

Uma chance para melhor cuidar

Maria Aparício (*St. Christopher's Hospice*)

11:30-13:00h

Sala A

SESSÃO PARALELA

Tecnologia

Moderadores: Rui Nunes (Universidade do Porto) e Sara Pinto (Escola Superior de Saúde de Santa Maria)

Novas soluções E-PROMs em Cuidados Paliativos

Bárbara Antunes (CEISUC, Universidade do Porto e *King's College London*)

Aplicações móveis para monitorização da dor

Rui Garcia (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Tecnologias de apoio à comunicação para pessoas com disfunções ou lesões neuromotoras

Ana Londral (Instituto Politécnico de Setúbal e Instituto de Medicina Molecular)

11:30-13:00h

Auditório I

SESSÃO IPO

Delirium

Isabel Costa (IPO Porto) e Ferraz Gonçalves (IPO Porto)

13:15-14:15h

Auditório II

SIMPÓSIO

Almoço de trabalho (lunch box).



Prescription of opioid painkillers: Relevance of the North American overdose epidemic for Europe

Win van der Brink (*University of Amsterdam and Amsterdam Institute of Addiction Research*)

Estratégias terapêuticas para a Dor Irruptiva

Cláudia Armada (*Médica Anestesiologia e coordenadora da Unidade de Dor do Instituto Português de Lisboa*)

13:00-14:30h

Sala C

SESSÃO ABERTA

Almoço de trabalho (lunch box).

Grupo de Trabalho APCP - Espiritualidade

Cristina Pinto (Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odivelas) e Alberto Mendes (Ordem Hospitaleira de S. João de Deus)

13:00-14:30h

Sala A

SESSÃO ABERTA

Almoço de trabalho (lunch box).

Grupo de Trabalho APCP - Reflexão Ética

Mara Freitas (APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos) e **Maria João Santos** (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa)

13:00-14:30h

Auditório I

SESSÃO ABERTA

Almoço de trabalho (lunch box).

Ordens Profissionais

Moderadores: **Paula Sapeta** (Instituto Politécnico de Castelo Branco) e **Duarte Soares** (Unidade Local de Saúde do Nordeste e APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos)

Isabel Galriça Neto (Ordem dos Médicos e Hospital da Luz Lisboa), **Eduardo Carqueja** (Ordem dos Psicólogos e Centro Hospitalar Universitário de São João), **Lurdes Martins** (Ordem dos Enfermeiros), **Alexandra Bento** (Ordem dos Nutricionistas) e **Maria do Sameiro Lemos** (Ordem dos Farmacêuticos)

14:30-16:00h

Auditório II

SESSÃO PLENÁRIA

The Policy Quest of Palliative Care for All

Moderador: Jorge Soares (Fundação Calouste Gulbenkian)

The challenge of universality and sustainability in health systems in transition

Charles Normand (*University of Dublin and King's College London*)

“Grandes passos, mas precisamos de tempo”: O futuro da Estratégia 2017-18

Edna Gonçalves (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (ACSS) e Centro Hospitalar Universitário de São João)

16:00-16:30h

Pausa social, lanche e visita aos Posters

16:30-18:00h

Auditório II

SESSÃO PARALELA

Integração em Doenças Não Oncológicas

Moderadores: **João Araújo Correia** (Centro Hospitalar do Porto e Sociedade Portuguesa de Medicina Interna) e **Catarina Simões** (Hospital da Luz Arrábida e Escola Superior de Saúde de Santa Maria)

Palliative care for advanced renal disease: State-of-the-art and future directions

Fliss Murtagh (*Hull York Medical School*)

Integrated palliative care and respiratory care for patients with advanced COPD

Sara Booth (*University of Cambridge*)

Cuidados ao doente crónico avançado do hospital ao domicílio no contexto Português

Céu Rocha (Unidade Local de Saúde de Matosinhos)

16:30-18:00h

Sala C

SESSÃO PARALELA

Apoio Domiciliário

Moderadores: Cristina Galvão (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo) e Paulo Faria de Sousa (Agrupamento de Centros de Saúde Sintra)

Value and challenges of caring in the community at the end of life
Mary Turner (University of Huddersfield)

Experiência do IPO Porto em assistência domiciliária

Lurdes Barreira (IPO Porto)

Evolução do modelo insular dos Cuidados Paliativos ao domicílio na Madeira

Licinia Araújo (SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira)

16:30-18:00h

Sala A

SESSÃO PARALELA

Lares e Cuidados Continuados

Moderadores: António Tavares (Santa Casa da Misericórdia do Porto) e Emília Fradique (Instituto S. João de Deus e Centro Hospitalar Lisboa Norte)

Identifying the terminal phase and palliative care needs in nursing home residents: Action research with nursing staff to implement the SigMa Set

Jenny van der Steen (Leiden University Medical Center and Radboud university medical center)

Trajétória da conservação do Eu em lares de idosos: Resultados e implicações dum estudo qualitativo

Ángela Simões (Instituto Politécnico de Castelo Branco)

Necessidades de cuidados paliativos em unidades de cuidados continuados integrados: Perspetiva e respostas da RNCCI na região de Lisboa e Vale do Tejo

Sandra Neves (Equipa Coordenadora da RNCCI – Lisboa e Vale do Tejo)

16:30-18:00h

Auditório I

SESSÃO IPO

Integração em Doenças Oncológicas

Moderadores: Diogo Martins Branco (IPO Lisboa e Instituto S. João de Deus) e Ana Raquel Almeida (IPO Porto)

Evidência e modelos de integração de cuidados paliativos e oncologia

Teresa Sarmento (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, SPO – Sociedade Portuguesa de Oncologia e ACP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos)

Formação em Cuidados Paliativos: Oportunidades na ESMO e no Núcleo de Internos e Jovens Especialistas da SPO

Rita Canário (I3S e IPO Porto)

A experiência de integração dos Cuidados Paliativos nos três IPO

Madalena Feio (IPO Lisboa), Florbela Gonçalves (IPO Coimbra) e José Ferraz Gonçalves (IPO Porto)

IX Congresso Nacional

8º Congresso do IPO-Porto

CUIDADOS PALIATIVOS

27 SÁBADO
outubro 2018

08:00h		Abertura do Secretariado
09:00-10:00h	Auditório II	ASSEMBLEIA GERAL DA APCP
10:00-11:00h	Auditório II	FÓRUM INVESTIGADOR JÚNIOR Miguel Julião (Agrupamento de Centros de Saúde Sintra) e Joana Rente (Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar)
10:00-11:00h	Sala C	SESSÃO VOLUNTARIADO Catherine Walshe (<i>Lancaster University</i>) e Carol Gouveia e Melo (AMARA – Associação pela Dignidade na Vida e na Morte)
10:00-11:00h	Sala A	SESSÃO MEDIA Rui Cerqueira (Jornalista) e Susana Moreira Marques (Jornalista)
10:00-10:45h	Auditório I	SESSÃO IPO Opióides Ferraz Gonçalves (IPO Porto)
10:45-11:15h	Auditório I 	SIMPÓSIO Novos paradigmas no controlo do dor irruptiva Catarina Amorim (Hospital Beatriz Ângelo)
11:15-11:30h		Pausa social, lanche e visita aos Posters
11:30-13:00h	Auditório II	SESSÃO PLENÁRIA Recentrar os Cuidados nos Doentes e Famílias Carlos Rebocho (Cuidador), Sandra Nobre (Cuidadora), Maria de Jesus Moura (IPO Lisboa) e Rui Carneiro (Hospital da Luz Arrábida)

13:00-14:30h

Auditório II

SESSÃO DE DISCUSSÃO DE POSTERS

Almoço de trabalho (lunch box).

Especialistas: Xavier Gomez-Batiste (Institut Català d'Oncologia e Universitat de Vic), Pablo Hernández-Marrero (Universidade Católica Portuguesa) e Sandra Pereira (Universidade Católica Portuguesa)

Alimentação em fim de vida: Perspetivas de médicos e enfermeiros

Ana Pereira Barbosa (Unidade Local de Saúde do Alto Minho)

Impacto das dificuldades alimentares em crianças com incapacidade motora

Cândida Cancelinha (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Será paliativo? Uma revisão da literatura

Ana Karina Abreu (Centro Hospitalar e Universitário do Algarve)

É a conversar que a gente se entende – A Satisfação da conferência familiar em Cuidados Paliativos

Ana Rocha (IPO Coimbra)

Quanto custa o conforto?

Liliana Pedro (Casas de Saúde da Idanha - Irmãs Hospitaleiras)

The use of the Patient Dignity Question in palliative patients cared for in the in the primary care setting: Preliminary results

Mafalda Lemos Caldas (Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odivelas e Universidade de Lisboa)

Medicina narrativa: A arte como contributo para o desenvolvimento de competências de cuidar, na dignidade de vida de doentes e profissionais em Cuidados Paliativos

Magda Freitas (IPO Porto)

Experiência vivida nos últimos 3 meses de vida na perspetiva do cuidador: Visão nacional

Alexandra Pereira (Unidade de Cuidados Continuados Lousada; Universidade do Porto)

Estudo observacional sobre prevalência de luto prolongado em cuidadores familiares no contexto de Cuidados Paliativos

Pedro Frade (Universidade de Lisboa)

13:00-14:30h

Sala C

SESSÃO ABERTA

Almoço de trabalho (lunch box).

Grupo de Trabalho APCP - Apoio ao Luto

Maja de Brito (Universidade de Coimbra e *King's College London*) e Alexandra Coelho (Universidade de Lisboa)

13:00-14:30h

Sala A

SESSÃO ABERTA

Almoço de trabalho (lunch box).

Grupo de Trabalho APCP - Pediatria

Susana Corte Real (Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras) e Fátima Ferreira (Equipa Comunitária em Cuidados Paliativos ACES Loures/Odivelas)

13:00-14:30h

Auditório I

SESSÃO ABERTA

Almoço
de trabalho
(lunch box).

Grupo de Trabalho APCP - Fisioterapia

Cristina Mello Vieira (*Coop LInQUE* - Cuidados Paliativos em Casa)
e Ana Oliveira (Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odivelas)

14:30-16:00h

Auditório II

SESSÃO PARALELA

Apoio Psicossocial e Espiritual

Moderadores: José Nuno Silva (Santuário de Nossa Senhora de Fátima)
e João Machado Vaz (Centro Hospitalar de V.N Gaia e Espinho)

Impacto de los equipos de atención psicossocial: Nueve años de experiencia em España

Xavier Gomez-Batiste (*Institut Català d'Oncologia e Universitat de Vic*)

Conferência familiar em Cuidados Paliativos: Benefícios para quem?

Ana Rocha (IPO Coimbra)

Desafios futuros no apoio espiritual em Cuidados Paliativos

Nuno Folgado (Sé de Castelo Branco)

14:30-16:00h

Sala C

SESSÃO PARALELA

Luto

Moderadores: José Eduardo Rebelo (Universidade de Aveiro e APELO – Associação de Apoio ao Luto) e Bárbara Gomes (Universidade de Coimbra e *King's College London*)

Guidelines e desenvolvimentos nacionais na intervenção no luto prolongado

António Barbosa (Centro Hospitalar Lisboa Norte)

Luto antecipatório: Avaliação e intervenção terapêutica

Alexandra Coelho (Centro Hospitalar Lisboa Norte)

Abordagens inovadoras na avaliação de necessidades de apoio no luto

Sílvia Noné e Ricardo Fernandes (Casa de Saúde da Idanha - Irmãs Hospitaleiras)

14:30-16:00h

Sala A

SESSÃO PARALELA

Pediatria

Moderadoras: Cândida Cancelinha (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) e Susana Corte Real (Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras)

Sopran buenos vientos de España: Innovación en la Pediatría de la Comunidad Autónoma de Madrid

Ricardo Martino (*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús*)

Crianças com doença crónica complexa: Que necessidades hoje, que cuidados amanhã?

Sílvia Lopes (Universidade NOVA de Lisboa)

Entre os dois mundos da criança com cancro:

Cuidados centrados na família em oncologia pediátrica

Carla Crespo e Ágata Salvador (Universidade de Lisboa)

14:30-16:00h	Auditório I	SESSÃO IPO Oclusão intestinal Isabel Costa (IPO Porto) e Ferraz Gonçalves (IPO Porto)
16:00-16:30h		Pausa social, lanche e visita aos Posters
16:30-17:30h	Auditório II	SESSÃO DE ENCERRAMENTO Prémios 2018 III Jornadas de Investigação da APCP 2019 <i>Palliative Care and Assisted Dying: Negotiating the Future</i> Bobbie Farsides (University of Sussex)
18:00h		Encerramento do Congresso



MELHOR RESUMO 2018

Sessão Plenária

25 de outubro, 14:30-16:00h, Auditório II

AGGRESSIVENESS OF MEDICAL CARE IN END OF LIFE – A RETROSPECTIVE STUDY, AN EMERGENT PARADIGM

Marta Fournier¹, Silvana Diogo de Sá¹,
Cristina Galvão², Paulo Reis Pina³

¹Family Medicine, USF Santo Condestável, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, Lisbon, Portugal,

²Palliative Care Community Support Team Beja+, ULS Baixo Alentejo, Portugal. ³Faculty of Medicine, University of Lisbon, Portugal

Introduction: Aggressive medical care focuses mostly or exclusively on disease-modifying treatments at the expense of good symptom management and/or advanced care planning.

Objectives: This study intends to assess measures of aggressiveness of end of life care (EOL) in a targeted population of cancer patients.

Methods: This retrospective study examined administrative data. We analyzed all deceased patients of a central Lisbon county area whose death occurred over a 3-year period (between January 1st of 2015 and December 31st of 2017). Aggressive EOL care was defined by the composite measure adapted from Earle et al., occurring in the last 30 days of life: more than one emergency room (ER) visit, more than one hospital admission, more than 14 days of hospitalization, an intensive care unit (ICU) admission, death in a hospital or use of chemotherapy (CT). Scores range from 0 to 6, with higher scores indicating more aggressive care. Disease burden (Charlson Co-

morbidity Index), place of death and primary healthcare approach was also analyzed. All statistical analysis was performed using SPSS Statistics v. 20.0. A 2-tailed value of $p < 0.05$ was considered significant.

Results: A total of 157 patients had cancer as their primary diagnosis out of the 640 identified deceased patients; mean age at death was 77,27 years. The majority of patients died in a hospital setting (62.4% in a nursery unit, 8.9% in the ER). The most commonly diagnosed types of cancer were gastrointestinal (31,8%), lung and haematological. Mean composite score was 1.64 (mean) \pm 1.16 (standard deviation), with higher scores being associated with gastrointestinal and haematological malignancies, younger patients, recently diagnosed cases and less significant disease burden. These higher scores were mostly due to 2 factors: death in hospital and prolonged hospitalization; ER visits were highly significant and 12.1% of patients received CT in EOL. General practitioner and nurse referral and support was remarkably low.

Conclusion: In the last month of life, most patients received aggressive medical care. Our findings indicate that cancer group, age, comorbidity and post-diagnosis survival appear to be significant factors. Health policies and hospital protocols should aim to guarantee that all patients receive treatment that best meet their needs and resources should be devoted to produce high standard health benefits.

Comunicações Orais - Populações

25 de outubro, 16:30-17:30h, Sala C

CO 01

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA

PEDIÁTRICA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Amanda Danielle Resende Silva e Sousa,
Liliane Faria da Silva; Eny Dorea Paiva
Universidade Federal Fluminense

Objetivo: Identificar, nas produções científicas, as intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em crianças e adolescentes com câncer.

Método: Revisão integrativa da literatura nas bases de dados: CINAHL, MEDLINE, IBECs, LILACS e SCIELO, realizado em outubro e novembro de 2017.

Resultados: Foram analisados 18 artigos que atenderam os critérios de inclusão, provenientes de periódicos internacionais (67%) e nacionais (33%). Os países de origem das publicações que compuseram a amostra foram: Brasil (33,3%), China (22,2%), Estados Unidos da América (22,2%), Turquia (11,1%), Portugal (5,5%), e Jordânia (5,5%). Em relação ao ano de publicação, houve destaque para o ano de 2013 com 44 % das publicações e o ano de 2017 excluindo-se o mês de dezembro com 0% de publicações. Quanto ao desenho metodológico dos estudos, dez (55,5%) são estudos qualitativos descritivos, comparativos, dois (11%) estudos randomizados controlados, um (5,5%) estudo de caso controle, dois (11%) estudos clínicos sem randomização, um (5,5%) estudo de coorte e dois (11%) revisões sistemáticas. Observou-se que a maior parte das publicações (55,5%) apresentou NE VI, seguidos do IV, III, II e I ambas com (11,1%) cada.

Considerações finais: O Brasil foi o país com maior número de publicações. Os dados analisados compuseram duas categorias, dando ênfase as intervenções não farmacológicas

por se apresentarem em maior número, divididas em: musicoterapia, massagem, aplicação do lúdico, consulta precoce de cuidados paliativos, intervenções sociais e uma meta-análise que trouxe o exercício como intervenção mais eficaz na redução da fadiga a crianças e adolescentes. Quanto aos cuidados integrais, os resultados levantaram a necessidade de mais investimento na formação acadêmica e profissional através das especializações e educação permanente, para que os profissionais enfermeiros tenham mais destreza e suporte emocional para acolher a criança, o adolescente, e a família nos moldes dos cuidados paliativos. Novas pesquisas são necessárias, a fim de definir as melhores evidências em todas as áreas no desenvolvimento dos cuidados paliativos, física, psicológica, social e espiritual para que a enfermagem possa sistematizar os cuidados paliativos com a prática baseada em evidências e com isso, otimizar a assistência prestada e trazer mais visibilidade a profissão.

EVOLUÇÃO DAS EQUIPAS HOSPITALARES DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL E SEU IMPACTO NA AGRESSIVIDADE DOS CUIDADOS EM FIM DE VIDA DO DOENTE ONCOLÓGICO QUE MORRE NO HOSPITAL: ESTUDO NACIONAL DE COORTE RETROSPECTIVO

D. Martins-Branco^{1,2}, S. Lopes^{3,4}, R. Canário⁵, J. Freire², M. Feio⁶, J. F. Gonçalves⁷, G. Sousa⁸, N. Lunet⁹, B. Gomes^{1,10}

¹Cicely Saunders Institute of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, King's College London, Londres, Reino Unido, ²Serviço de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal, ³Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal, ⁴Centro de Investigação em Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal, ⁵Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto, Porto, Portugal, ⁶Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal, ⁷Serviço de Cuidados Paliativos, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, Portugal, ⁸Serviço de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Coimbra, Portugal, ⁹Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Porto, Portugal, ¹⁰Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A agressividade dos cuidados em fim de vida do doente oncológico (ACCEoL) é um tema de grande relevância clínica e social. Existe expectativa de que a criação de equipas hospitalares de cuidados paliativos (EHCP) reduza a ACCEoL.

Objetivo: Descrever a evolução das EHCP a nível nacional e analisar a relação entre a sua existência e a ACCEoL em adultos com doença oncológica que morrem em hospitais públicos.

Métodos: Realizámos um inquérito a todos os hospitais públicos de Portugal continental, recolhendo dados sobre a evolução de EHCP entre 2010-15. Identificámos, a partir da base de dados nacional de GDH, uma coorte retros-

pectiva de adultos com diagnóstico de cancro por ICD-9-CM que morreram em hospitais públicos de Portugal continental entre jan'10 e dez'15. A variável de interesse do estudo é um indicador composto de ACCEoL, positivo na presença de 1 de 14 indicadores individuais, expandido de Earle et al 2004 e validado por painel de especialistas nacionais. Aplicámos um modelo de regressão logística multinível (ajustado para hospital e região) com efeitos aleatórios ($p < 0.05$) e com análise de sensibilidade no subgrupo de doentes com doença metastática.

Resultados: A taxa de resposta das instituições hospitalares ao inquérito foi de 67% (31/46). O número de hospitais com EHCP cresceu durante o período do estudo - 42% (13/31) em 2010, 74% (23/31) em 2015. Incluímos 92,155 doentes: idade mediana 73 anos, 62% do género masculino, 53% com doença metastática. O aumento das EHCP também se refletiu na nossa amostra num aumento de óbitos em hospitais com EHCP - 56% (5,367/14,705) em 2010, 60% (9,629/16,014) em 2015 ($p < 0.001$). A prevalência de ACCEoL foi 71%, sem variação no período do estudo. Em análise univariada, os doentes que morreram em hospitais com EHCP foram expostos a maior ACCEoL, contudo ajustando para fatores de confundimento, não houve associação entre a existência de EHCP no hospital de óbito e ACCEoL (análise geral e de sensibilidade).

Conclusão: Apesar do aumento dos recursos hospitalares em cuidados paliativos durante o período do estudo, não encontramos alteração da elevada ACCEoL. Na análise multivariada não houve associação entre a existência de EHCP e ACCEoL, o que pode ser em parte explicado pela exposição a EHCP ter sido medida a nível hospitalar e não a nível individual, por as equipas estarem frequentemente subdimensionadas não chegando a todos os

doentes e por poderem ter sido criadas inicialmente em hospitais com maior ACCEoL.

CO 03

CUIDAR DO DOENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: QUE DESAFIOS EM CUIDADOS PALIATIVOS?

Rita Barroso, Helena Bárrios, Ana Raquel Pires
Hospital do Mar Cuidados Especializados, Lisboa

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença com um longo percurso de evolução (2-10 anos), pautada por uma diversidade de sintomas complexos que progridem de forma variável e nem sempre previsível. A sua complexidade evolutiva e adaptativa exige o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar e representa um desafio particular para os que cuidam destes doentes no dia a dia, nomeadamente as equipas de enfermagem.

Objetivo: identificar e caracterizar os doentes com diagnóstico de ELA admitidos numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) de 3/2008 a 12/2017; identificar os principais desafios percebidos pelos enfermeiros que cuidam de doentes com ELA, de uma UCP;

Método: Estudo qualitativo, exploratório, retrospectivo, descritivo que usa uma abordagem quantitativa para descrição das situações e uma abordagem qualitativa para caracterização e compreensão dos processos. Foi efectuada análise de conteúdo temática dos dados qualitativos. Foi utilizado o processo clínico e efectuada revisão da literatura.

Resultados: Foram identificados 13 casos de doentes com ELA; 10 do sexo feminino; idade média na altura do diagnóstico de 54 anos; sobrevivência desde o diagnóstico 757 dias (mediana); 8 com apresentação segmentar; 2 com apresentação bulbar; 2 sem apresentação descrita; 1 associado a demência frontotemporal e um a parkinsonismo; duração do internamento de 313 dias (mediana); 9

óbitos. Foram inquiridos 37 enfermeiros, e obtidas 25 respostas. Os principais desafios do cuidar do doente com ELA foram agrupados em 7 categorias: atenção ao pormenor; falta de flexibilidade do doente; elevada exigência; frustração frequente; necessidade de disponibilidade; assertividade e compaixão. Na descrição destes desafios foi evidenciado o possível impacto que as alterações cognitivas de domínio executivo têm em quem cuida destes doentes.

Conclusão: A literatura evidencia que há alterações da função cognitiva em cerca de 50% dos casos de ELA, grande parte de domínio executivo, havendo uma escassez de estudos sobre o impacto que essas alterações têm no doente, família e cuidadores. Cuidar dos doentes com ELA é um processo desafiador e gratificante. Os enfermeiros assumem e integram o controlo sintomático, as alterações psicológicas e o sofrimento existencial derivados do contexto de doença. Há uma complexidade no cuidar dos doentes com ELA acrescida e diferenciadora, associada ao défice cognitivo de domínio executivo, que caracteriza muitos destes doentes.

CO 04

SÍNDROME DE FRAGILIDADE NO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Sílvia Alexandra Duarte, Joana Cunha,
Anabela Morais, Paula Vaz Marques
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A tendência demográfica dos doentes com insuficiência cardíaca (IC) abrange não só o idoso, por definição ≥ 65 anos, mas particularmente o idoso com ≥ 80 anos, pelo que o impacto das síndromes geriátricas não deve ser descurado. Neste contexto surge o conceito de fragilidade, que se assume como uma condição de vulnerabilidade na presença de baixa reserva fisiológica.

Objetivo: Identificar doentes idosos frágeis,

ou em risco de fragilidade, num contexto de internamento por IC descompensada, caracteriza-los e averiguar a implementação de medidas recomendadas na prevenção desta síndrome.

Métodos: Foram avaliados 50 doentes com ≥ 65 anos e índice de Katz ≥ 5 admitidos num internamento de Medicina Interna por IC descompensada durante o 1º trimestre de 2018. Optou-se pelo teste de rastreio de fragilidade FRAIL, pela sua reprodutibilidade. Determinou-se a velocidade de marcha, por ser um preditor de declínio funcional. De acordo com The Frailty Consensus Conference, são medidas preventivas eficazes: a atividade física, suplementação nutricional proteica, suplementação com vitamina D e redução da polifarmácia. Foi avaliada a abordagem desses aspetos em cada doente, se justificado.

Resultados: Amostra de 50 doentes, 52% do género masculino, idade média de 82.9 ± 6.1 anos, faixa etária predominante de 80-90 anos. Quanto à caracterização do estado mórbido, 66% apresentavam 5 ou mais comorbilidades; 72% FEVE preservada *versus* 14% FEVE reduzida; 48% tinham seguimento regular em consulta externa. Segundo o questionário FRAIL, 40% dos idosos estavam em risco de fragilidade, 58% eram frágeis e apenas 2% não se incluíam nesta classificação. 60% apresentaram velocidade de marcha diminuída (≤ 0.65 m/s). Quanto às medidas preventivas, 5% praticavam atividade física programada, 0% estavam sob suplementação proteica, 18% sob suplementação vitamina D e 28% medicados no domicílio com 5 ou menos fármacos.

Conclusão: A fragilidade é reconhecida como um preditor do risco de mortalidade em idosos com IC, no entanto a sua abordagem tem sido negligenciada. Tal deve-se, em parte, ao facto das suas manifestações serem subtis, lentamente progressivas e, portanto, assu-

midas como um envelhecimento normal, por outro lado a formação médica tem-se focado na resolução de doenças específicas e não na vulnerabilidade global do idoso. A avaliação de síndromes geriátricas deve ser considerada na tomada de decisões terapêuticas e no planeamento de cuidados domiciliários após a alta hospitalar.

Comunicações Orais - Contextos

25 de outubro, 16:30-17:30h, Sala A

CO 05

IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDO RETROSPECTIVO DE COORTE

Hugo Lucas, Leonor Gil, Rui Almeida, Sílvia Miguel, Sofia Branco, Sofia Viegas, Diogo Martins-Branco
Instituto S. João de Deus, Clínica S. João de Ávila

Introdução: A implementação do novo Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) em abril de 2017, nomeadamente pela via da alteração dos critérios de referenciação de doentes para as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), gerou na equipa uma perceção clínica de alteração da complexidade dos casos admitidos nestas unidades.

O objetivo deste estudo é analisar e descrever o impacto da implementação do PEDCP.

Metodologia: Estudo retrospectivo da coorte de todos os doentes admitidos numa UCPR-NCCI desde a sua criação, com alta até 28/02/18 e excluindo os doentes aos quais não foi possível a aplicação de escalas. Foram criados 2 subgrupos com base na data de assinatura de consentimento informado (CI) (24/04/2017): GI- admissão pré-PEDCP; GII- admissão pós-PEDCP. Com recurso ao SPSS 23.0, utilizou-se Teste de Mann-Whitney_U

para comparação de medianas e teste chi-quadrado para comparação de frequências. O nível de significado estatístico considerado foi de 5%.

Resultados: Identificaram-se 119 doentes, 45% género masculino (n=54), mediana de idade 75 anos, 84% com diagnóstico principal oncológico (n=100). Os doentes do Gil (n=59) apresentam menor mediana de: i) tempo internamento (Gil 13 vs GI 62.5); ii) tempo até primeira conferência familiar (CF) (8vs11,5); iii) Escalas à admissão: *Palliative Performance Scale* (35 vs 50); Escala Zarit (11vs16). A *Palliative Outcome Scale* (17,08 vs 14,33) foi superior no Gil. Não foi identificada diferença no valor global da *Edmonton Symptom Assessment Scale* (28vs26), identificando-se, porém, no Gil maiores medianas nas subescalas Dor (3vs1), Cansaço (5vs3) e Sonolência (5vs3). A mediana de dias desde assinatura consentimento até admissão na UCP é (14vs23).

Conclusão: Os doentes admitidos nesta UCP após a implementação do PEDCP apresentam maior complexidade clínica, prognóstico vital mais curto e têm pior qualidade de vida com maior expressão sintomática em comparação com os restantes doentes. Admite-se que os cuidadores apresentam menor exaustão face ao tempo desde a referenciação até à admissão ser menor. O tempo até à primeira CF reflete as alterações organizacionais da equipa em resposta às necessidades dos doentes e famílias. Este estudo permite analisar o impacto da alteração legislativa e evidenciar a importância das UCP no percurso em fim de vida destes doentes e famílias.

CO 06

CUIDADOS INFORMAIS E FORMAIS EM FIM DE VIDA NO DOMICÍLIO: INQUÉRITO AOS UTENTES

Barbara Gomes^{1,2}, Maja de Brito², Duarte Soares³, Vera P Sarmento⁴, Jacinta Fernandes⁵, Bruno Fonseca⁶, Liseta Gonçalves⁷, Pedro Lopes Ferreira⁸

¹Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina;

²King's College London, Cicely Saunders Institute;

³Unidade Local de Saúde do Nordeste – ULSNE, Hospital de Bragança, Departamento de Cuidados Paliativos; ⁴Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, Serviço de Medicina 2; ⁵Unidade Local de Saúde do Nordeste – ULSNE, Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos - Planalto Mirandês; ⁶Unidade Local de Saúde de Matosinhos – ULSM, Equipa de Cuidados Paliativos; ⁷Unidade Local de Saúde do Nordeste – ULSNE, Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos – Terra Fria; ⁸Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

Introdução: Os cuidados informais e formais a doentes no domicílio têm um papel importante no fim de vida e podem influenciar-se mutuamente.

Objetivo: Investigar a relação entre cuidados informais e formais no domicílio.

Método: Inquérito transversal a doentes e cuidadores familiares (CF) em quatro equipas prestadoras de cuidados paliativos domiciliários, com análise secundária de dados relativos aos cuidados informais e formais no domicílio, prestados nos 30 dias anteriores à data de entrevista. Adaptou-se um inventário de serviços utilizado em estudos sobre cuidados em fim de vida (*Client Service Receipt Inventory*). O número de visitas domiciliárias realizadas pela equipa de cuidados paliativos foi extraído dos registos clínicos. São reportadas medianas e correlações não paramétricas dada a não normalidade das distribuições.

Resultados: Incluímos 100 doentes (55 homens, 67 com cancro, mediana 75 anos). A maioria dos CF principais dedicavam 16 horas ou mais por dia a cuidar do doente (30 cuida-

vam 24h/dia). Para além deles, estiveram envolvidos nos cuidados da maioria dos doentes 2 outros familiares ou amigos (até 7 por doente). Acresce que, durante o período de um mês, a maioria recebeu 2 visitas da equipa (máximo 23 visitas), 0 visitas de outros enfermeiros (máximo 31) e 0 visitas do médico de família (máximo 3). Observámos uma correlação positiva entre o número de horas de cuidados informais e o número de visitas de enfermeiros que não da equipa de cuidados paliativos (Spearman=0.284, p=0.005). Não houve correlação entre cuidados informais e visitas da equipa ou do médico de família.

Conclusão: Os resultados sugerem que quanto maior é a carga de cuidados informais, maior é também a utilização de serviços “generalistas” de enfermagem ao domicílio. Este achado sugere complementaridade entre os dois tipos de cuidados e deve ser considerado na avaliação das necessidades da família. A elevada carga de cuidados informais contrasta com o parco envolvimento dos médicos de família.

CO 07

“COM OS RECURSOS QUE TÊM, JÁ FAZEM MILAGRES” – SATISFAÇÃO DOS UTENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIÁRIOS: ESTUDO MISTO

Maja de Brito¹, Vera P. Sarmiento², Duarte Soares³, Jacinta Fernandes⁴, Liseta Gomes⁵, Pedro Lopes Ferreira⁶, Miguel Pereira⁷, Barbara Gomes^{1,8}

¹King’s College London, Cicely Saunders Institute; ²Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, Serviço de Medicina 2; ³Unidade Local de Saúde do Nordeste – ULSNE, Hospital de Bragança, Departamento de Cuidados Paliativos; ⁴Unidade Local de Saúde do Nordeste – ULSNE, Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos - Planalto Mirandês; ⁵Unidade Local de Saúde do Nordeste – ULSNE, Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos – Terra Fria; ⁶Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC); Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; ⁷Unidade Local de Saúde de Matosinhos – ULSM, Equipa de Cuidados Paliativos; ⁸Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina

Introdução: A satisfação com os cuidados prestados reflete a qualidade e o impacto dos mesmos na vida dos utentes. Uma avaliação compreensiva da satisfação pode ajudar a recentrar os serviços nos doentes e suas famílias.

Objetivo: Avaliar e explorar os aspetos que contribuem para a satisfação ou insatisfação de doentes e cuidadores familiares (CF) com os cuidados paliativos domiciliários (CPD).

Método: Estudo misto com análise secundária de dados recolhidos através de inquérito transversal por entrevista presencial com investigadores não clínicos. Os dados quantitativos e qualitativos foram analisados separadamente e integrados na fase de interpretação. Avaliámos a satisfação de doentes e CF adultos com os cuidados prestados por 1 de 4 equipas de CPD em Portugal (escala Likert 1-muito fracos; 6-excelentes), comparada com a satisfação com os cuidados prestados por outros serviços (teste de Wilcoxon).

Analisámos as respostas de uma sub-amostra intencionalmente variada de CF a perguntas abertas e comentários espontâneos, com recurso a análise temática (codificação indutiva).

Resultados: Incluímos na análise quantitativa 47 doentes (Me 74 anos (IIQ 64-79), 14 mulheres) e 95 CF (Me 60 anos (IIQ 51-70), 79 mulheres). Na análise qualitativa incluímos 37 CF (4 homens). A duração dos cuidados prestados pelas equipas no dia da entrevista era, em mediana, 101 dias. Em comparação com os cuidados prestados por outros serviços, os cuidados prestados pelas equipas de CPD foram avaliados como mais satisfatórios ($Z=-4.664$, $p=0.000$). 73% (103/142) dos utentes reportaram que os CPD recebidos foram muito bons ou excelentes, em comparação com 50% (69/138) para outros serviços. Só 4% avaliou os CPD como razoáveis ($n=4$) ou muito fracos (2). Da análise qualitativa emergiram 2 temas que caracterizam os CPD como distintos de outros serviços de saúde. O tema 1 destaca aspetos positivos, incluindo resposta rápida, apoio telefónico e casa como local de cuidados/morte. No entanto, os CPD são vistos pelos utentes como serviços limitados pela falta de recursos, o que os impede de dar resposta a todas as necessidades dos utentes, evidenciadas no tema 2 (necessidades não atendidas, incluindo disponibilidade 24/7, apoio prático e fisioterapia).

Conclusão: A falta de recursos que os utentes observam nas equipas de CPD parecem reduzir a capacidade das equipas atenderem a necessidades importantes dos doentes e CF, apesar de não impactar na alta satisfação com os cuidados prestados.

CO 08

ESTUDO OBSERVACIONAL QUALITATIVO SOBRE CUIDADOS A DOENTES EM FASE FINAL DE VIDA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UM HOSPITAL DE AGUDOS DO GRANDE PORTO

Bárbara Sofia Fernandes, Olga Fernandes
Centro Hospitalar e Universitário de S. João; Escola Superior de Enfermagem do Porto

Introdução: Os cuidados intensivos proporcionam cuidados especializados, focados na substituição e recuperação de funções orgânicas alteradas, com intenção curativa. Porém, é frequente encontrarmos nas UCI doentes com doenças avançadas e limitantes de vida, mas que ainda assim são sujeitos a intervenções terapêuticas que contrariam o conforto e alívio do sofrimento.

Objetivos: Observar a existência de doentes em condição paliativa e em fim de vida numa UCI de um Hospital de agudos; documentar práticas assistenciais a doentes em fase final de vida internados numa UCI de um Hospital de agudos.

Método: Estudo observacional qualitativo descritivo longitudinal numa UCI de um Hospital de agudos do Porto. Através do método de observação participante efetuou-se a recolha de dados, entre abril e junho de 2017. Incluíram-se 12 doentes que cumpriam pelo menos 2 dos 6 critérios de inclusão definidos, observando-se e registando as práticas assistenciais. Utilizou-se um guia de observação onde se registaram as notas de campo, após aprovação da Comissão de Ética da instituição e Consentimento Informado dos profissionais envolvidos. Organizaram-se e trataram-se os dados com recurso ao programa Atlas.ti e analisou-se o conteúdo tendo por base a teoria de Bardin.

Resultados: Os resultados apontam para a não inclusão dos doentes em fase final de vida e dos seus familiares no planeamento de cuidados; deficitária inclusão dos CP nas UCI,

condicionando a referenciação de doentes para a EIHSOP; a comunicação com a família não transmite a terminalidade do doente; constatam-se dificuldades em atender a aspetos do domínio comunicacional e espiritual pela alteração do estado de consciência do doente/sedação; focalização dos cuidados prestados aos doentes assente no equilíbrio das necessidades físicas/orgânicas/equilíbrio funcional afetado de modo a que o planeamento de cuidados a doentes em condição paliativa não os distingue do doente crítico; a tomada de decisão sobre os cuidados é essencialmente tomada pela equipa médica e não de forma multi e interdisciplinar; verificam-se lacunas de conhecimento e de capacidades por parte dos profissionais de saúde para perceber a necessidade de integrar ações paliativas nos cuidados de saúde a esses doentes e/ou encaminhá-los para outros profissionais que possam desenvolver suporte na compreensão do momento.

Conclusões: Urge capacitar e sensibilizar as equipas de UCI para concretizarem uma abordagem integrativa da palição nas UCI.

Comunicações Orais - Complexidade e Indicadores

26 de outubro, 10:00-11:00h, Sala C

CO 09

SOFRIMENTO EXISTENCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Hugo Lucas

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

Introdução: O termo “sofrimento existencial” (SE), comumente presente na literatura científica de cuidados paliativos (CP) tem sido utilizado para descrever um amplo espectro de perturbações psicológicas sendo, em estrito senso, definido como a perda de signifi-

cado e a ausência de clareza no valor da vida. Os objetivos deste trabalho são identificar e analisar as diferentes definições de SE na literatura e, identificar e descrever as estratégias de intervenção no SE.

Método: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados: *PubMed, MEDLINE, EBSCO-Host, ScienceDirect, PsycINFO, Cochrane e Embase*, com as seguintes expressões de busca: *existential suffering, existential suffering and palliative care, existential distress, existential distress and palliative care, demoralization syndrome*. Os artigos selecionados incluem revisões sistemáticas e artigos originais.

Resultados: Foram encontrados 14660 artigos e incluídos 23, que abordavam uma definição do SE e estratégias de intervenção. A revisão da literatura acerca do conceito SE conduziu-nos a um olhar integrativo da sua natureza neste contexto de doença crónica, progressiva e incurável. Da análise integrativa e compreensiva do conceito, identificaram-se os seguintes domínios: perda de significado/propósito de vida; sensação de desesperança ou isolamento; perda de autonomia; sensação de fardo para os outros; medo da morte e do morrer. Destacam-se ainda diferentes estratégias de intervenção no contexto do SE em CP.

Conclusões: Não existe uma definição comumente aceite de SE. Foram encontrados alguns conceitos associados ao SE, tais como “distress existencial”, “síndrome de desmoralização”, “dor total”. O conceito “sofrimento espiritual” deve ser diferenciado de SE, sendo parte deste e não um sinónimo. A literatura demonstra que a existência de SE diminui a qualidade de vida, aumenta a sintomatologia depressiva e ansiosa, aumenta a ideação suicida e o desejo de morte antecipada. As estratégias intervenção identificadas centram-se em: psicoterapia grupal e individual centrada no significado; terapia da Dignidade e terapia

de grupo de suporte. A “sedação paliativa” é considerada uma estratégia de última linha e o seu uso ainda é controverso neste domínio. Esta revisão é importante para os profissionais de cuidados paliativos, que intervêm com doentes em fim de vida e suas famílias, pela clarificação e uniformização do conceito de SE.

CO 10

COMPLEXIDADE:

ESTUDO OBSERVACIONAL EXPLORATÓRIO

Madalena Feio, Juan Puentes, Helena Fernandes, Ana Simões, Catarina Gomes, Cláudia Romão, Francisca Coimbra, Rosana Milhomens, Maria Rosário Fernandes

Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa; Medicina Interna, Hospital de Santarém

Introdução: A complexidade (cplx) em cuidados paliativos é um conceito útil, mas difícil de operacionalizar. A investigação tem tentado esclarecer o conceito, as suas determinantes e criar instrumentos que possam ser usados em vários âmbitos.

Objetivo: Comparar a perceção da equipa quanto à cplx dos doentes (dts) admitidos com o resultado do “Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos” (IDC - Pal).

Métodos: Estudo prospetivo de 20 dts consecutivos. À admissão definida a opinião inicial da equipa sobre a cplx do doente (OIE): simples (s), complexo (c) e muito complexo (mc). Preenchimento por membro exterior à equipa do IDC-Pal aquando da admissão. Registo de idade, sexo, estado civil, patologia e estadio, caracterização do cuidador informal. Determinação à admissão de PPS, ESAS, fase paliativa, problemas identificados. Ao longo do internamento registo das ações da equipa e resultado final. Aplicação de Qui2, ANOVA para determinação de variáveis significativas relacionadas com opinião final da equipa da

cplx dos dts (OFE). Determinar sensibilidade e especificidade da OIE e do IDC - Pal.

Resultados: Idade 68 ± 13 anos (43-88 anos), 14 (70%) sexo feminino, 6 (30%) com patologia oncológica de cabeça e pescoço/ORL, 4 (20%) ginecológica e 3 (15%) digestivos; 16 (80%) doença metastática, 3 (15%) local/avançado e um não aplicável. 16 (80%) com cuidador informal, 3 (15%) sem cuidador e um desconhecido. À admissão a média do PPS era de 40 assim como mediana. A média de ESAS > 6 foi de 2, variando entre 0 (4 dts, 20%) e 5 (um doente). Os fatores de cplx mais comuns foram: descontrolo sintomático 15 dts (75%), sintomas de difícil controlo 7 (35%). Pela OIE 6 dts (30%) considerados s, 12 (60%) c e 2 (10%) mc. O IDC-Pal determinou 2 (10%) s, 7 (35%) c e 11 (55%) mc. A OFE indicou 10 dts (50%) s, 8 dts (40%) c e 2 (10%) mc. Os fatores que atingiram significado estatístico foram o descontrolo sintomático, sintomas de difícil controlo, o número de sintomas com ESAS>6 e a exaustão do cuidador. Comparando a OFE com a OIE, coincidiu em 50% e com a IDC-PAL em 35%. O

IDC-Pal teve uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 20%, a OIE teve uma sensibilidade de 90% e uma especificidade de 50%.

Conclusões: Sendo um estudo exploratório, pequeno, poderá a cplx dos dts variar ao longo do tempo de internamento pela não coincidência das OIE e OFE. O IDC-Pal foi um instrumento muito sensível, mas pouco específico.

CO 11

ANÁLISE RETROSPECTIVA DA MORBIMORTALIDADE DOS DOENTES COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA E/OU NEOPLASIA PULMONAR – QUE INDICADORES DE DOENÇA AVANÇADA NA PRÁTICA CLÍNICA?

Sara Vieira Silva, Márcia Cravo, Tiago Oliveira, Sara Pires, Penélope Almeida, Inês Costa, Pedro Leuschner, Elga Freire

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, Serviço de Medicina, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Doentes com Doença Respiratória Crónica (DRC) e/ou Neoplasia pulmonar primária (NEO) apresentam morbimortalidade elevada, necessitando de cuidados significativos. O uso de indicadores de doença avançada pode beneficiar uma atempada adequação destes, nomeadamente numa abordagem integrada com os Cuidados Paliativos. Alguns dos critérios utilizados, como os da Medicare (identificação de doentes elegíveis para admissão em hospício), ou da Direção Geral de Saúde (DGS) (abordagem terapêutica da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)), entre outros, apresentam validação e utilidade diferentes na prática clínica.

Objetivo: Avaliar a morbimortalidade e alguns indicadores de doença avançada nos doentes internados com DRC e/ou NEO pulmonar.

Método: Estudo retrospectivo com base no registo dos doentes internados num serviço de medicina dum hospital universitário, em 2015, com diagnóstico DRC e/ou NEO. Análise de frequências por SPSS® da morbimortalidade e indicadores (Medicare, DGS, índice de massa corporal (IMC), *modified Medical Research Council Dyspnea Scale* (mMRC), volume expiratório forçado 1º segundo (FEV1) e *Palliative Performance Scale* (PPS)).

Resultados: Identificados 760 doentes e 919 diagnósticos de DRC (353 DPOC, 195 Bronquitasias (BQ), 164 Hipoventilação, 106 Asma, 54 Doença Difusa do Parênqui-

ma (DDP), 3 Doença Neuromuscular e 44 NEO). PPS <80% em 49.0% e <30% em 8.4%. Mortalidade global (<1mês/<12meses) de 20.8%/32.1%, mais elevada DDP 27.8%/37.0% e na NEO 34.1%/43.2%, respetivamente. Maioria dos doentes com internamento nos 12 meses prévios e cerca de 20% com reinternamento até 12 meses, ambos mais frequentes na DPOC e BQ. Apenas 9 doentes com critérios de admissão Medicare (taxa de resposta 42.6%), o das exacerbações prévias foi o mais prevalente (30,4%). 48.2% com pelo menos 1 critério DGS, mais frequente a presença de exacerbações em todos grupos, exceto a Hipertensão pulmonar mais prevalente na DDP. Cerca de 20% dos doentes com IMC< 21, mais na DDP (27.3%) e NEO (36.0%), 25.7% com mMRC 3 ou 4, mais nas BQ (36,9%) e FEV1 disponível em <50% dos doentes, <35% em 13.1% do total de doentes.

Conclusão: A mortalidade e recursos aos cuidados de saúde frequentes estão de acordo com a elevada morbimortalidade conhecida. Exacerbações destacaram-se como indicador global de doença avançada. O FEV1 revelou-se frequentemente indisponível e outros, pela sua acessibilidade e aparente prevalência, como o IMC, poderão beneficiar de ser mais considerados.

CO 12

PREDIÇÃO DE REFERENCIAÇÃO PRECOCE A CUIDADOS PALIATIVOS NA DOENÇA MALIGNA AVANÇADA – UTILIDADE DE FERRAMENTAS PROGNÓSTICAS

Filipa Tavares

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

Resumo: Os cuidados paliativos (CP) precoces assentam numa presunção prognóstica, não consensual à data, desconhecendo-se se os modelos prognósticos atualmente usados

melhoram a acuidade dessa estimativa pelo clínico (EC) referenciador.

Objetivos: determinar a acuidade da EC na identificação de doentes com pelo menos 3 meses de sobrevivência, comparando-a com a conseguida com a *Palliative Performance Scale* (PPS), o *Palliative Prognostic Score* (PaP) e o *modified Glasgow Prognostic Score* (mGPS).

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo todos os falecidos no último ano, com ≥ 1 avaliação presencial num programa hospitalar de CP. Anotaram-se dados demográficos e clínicos, incluindo pontuações à data de admissão para os 3 modelos e a EC. A partir da literatura escolheram-se as pontuações cutoff para PaP (≤ 2.5), PPS ($\geq 60\%$) e mGPS (0). Para além da estatística descritiva, usaram-se testes não paramétricos na comparação de subgrupos e um nível de significância $p < 0.05$. Considerar-se-ão a acuidade, sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo bem como o odds ratio na análise comparativa entre modelos prognósticos.

Resultados: Dos 233 considerados na análise (12% excluídos por ausência de dados completos) 76 (33%) foram referenciados precocemente. Vinte e dois destes (29%) nas 8 semanas após o diagnóstico. Comparativamente com as referências regulares, as precoces mostraram-se significativamente associadas ($p < 0.05$) a oncologistas, doentes em ambulatório, menos complexos (PALCOM e Charlson) e com menor carga de sintomas descontrolados. A EC identificou 30% destes casos, tendo a PPS sido o instrumento de maior sensibilidade (49%). Comparativamente com EC e PaP score, os cutoffs mGPS e PPS foram menos específicos (0.99 vs 0.89 e 0.80, respetivamente). A acuidade da EC (76%) e do PaP (75%) para referências precoces foi ligeiramente superior (mGPS 71% e PPS 70%). Uma EC de sobrevivência > 12 semanas mostrou uma forte probabilidade

(OR 42.4 IC95% 37.6-47) de identificar candidatos a CP precoces, superior à capacidade discriminativa da PaP (OR 30.6, IC95% 25.7-33), PPS (OR 3.9, IC95% 2.9-4.5) e mGPS (OR 4.2, IC95% 3.7-4.9).

Conclusões: A EC não se mostrou inferior, do ponto de vista de acuidade e capacidade discriminativa, a modelos preditivos mais objetivos (mGPS) e de base estatística (PaP). Da baixa sensibilidade e da escassa relevância adicional dos modelos habitualmente utilizados decorre a necessidade de prosseguir investigação na área.

Comunicações Orais - Cuidadores

26 de outubro, 10:00-11:00h, Sala A

CO 13

EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM PORTUGAL SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE 2011 E 2017

Tiago Cunha, Soraia Ferreira, Paula Sapeta
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias - Instituto Politécnico de Castelo Branco Age.Comm - Instituto Politécnico de Castelo Branco

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP) procuram, através de uma aliança entre a equipa, o doente e a família, aliviar os sintomas não só físicos como também emocionais e espirituais, sendo imprescindível a formação adequada dos profissionais. Neste sentido, a investigação em CP é fulcral para uma prestação de cuidados mais eficazes, otimizando assim, o rigor e a qualidade das intervenções. É também através da investigação que se promove o desenvolvimento e qualificação dos serviços. O gradual envelhecimento da população, bem como o aumento da prevalência de doenças crónicas, conduz à emergência de CP e conseqüente necessidade de investigação nesta área. Em Portugal, verifica-se um aumento gradual no número de estudos, confir-

mado pelo trabalho de investigação realizado por Santos e Capelas, onde foram analisados a quantidade e o tipo de trabalhos de investigação realizados em Portugal entre 2005 e 2010. Embora tenham constatado um aumento do número de trabalhos no âmbito dos CP, o número de publicações científicas em revistas nacionais e internacionais era ainda reduzido.

Objetivo: Contextualizar a evolução da produção científica dos estudos originais no âmbito de CP em Portugal entre janeiro de 2011 e agosto de 2017

Método: Revisão Sistemática da Literatura de artigos científicos originais realizados em Portugal entre 1 de janeiro de 2011 e 31 de agosto de 2017

Resultados: Seleccionados 114 artigos, verifica-se uma evolução crescente no número de publicações, principalmente após 2014. As publicações são maioritariamente internacionais e os estudos são principalmente de natureza quantitativa, embora os estudos de natureza qualitativa estejam a aumentar. A validação de instrumentos de medida revela-se como uma área de interesse. A população mais abrangida são os doentes e profissionais de saúde, sendo a temática mais abordada o impacto da doença no doente.

Conclusão: No período de tempo estudado denota-se que o interesse ao nível da população estudada recai com maior expressividade nos Doentes e nos Profissionais de Saúde. As temáticas com maior expressividade remetem para as áreas de investigação sugeridas pelo plano estratégico, como o controlo de sintomas, estado psicológico e emocional dos doentes, organização e perspectivas dos cuidadores profissionais e cuidadores informais/familiares. Identificou-se ainda carência ao nível da investigação económica e relação custo-eficácia, bem como no desenvolvimento de guias de boas práticas deste tipo de cuidados.

CO 14

QUALIDADE DA RELAÇÃO NA DOENÇA AVANÇADA: INFLUÊNCIA SOBRE A SAÚDE PSICOLÓGICA DO CUIDADOR FAMILIAR

Alexandra Coelho^{1,2}, Pedro Teixeira³, Pedro Frade², Maja De Brito⁴, António Barbosa^{1,2}

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa,

²Centro Hospitalar Lisboa Norte, ³Escola de Medicina Universidade do Minho, ⁴Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra

Introdução: É reconhecida a influência que a qualidade da relação exerce na experiência do cuidador familiar (CF) na prestação de cuidados e luto. No entanto, os resultados são contraditórios e não traduzem o impacto da doença avançada.

Objetivos: 1) caracterizar a qualidade da relação na doença avançada, na perspetiva do CF; 2) identificar diferenças na qualidade da relação através de uma análise comparativa entre a relação atual e anterior à doença; 3) verificar o efeito que a qualidade da relação exerce sobre a saúde psicológica do cuidador: depressão, ansiedade, somatização, sobrecarga e luto pré-morte.

Método: Estudo transversal, observacional e correlacional. Amostra de conveniência, composta por CF de doentes acompanhados em cuidados paliativos entre 2015 e 218. A avaliação foi realizada através de questionários de auto-relato: Qualidade da Relação, instrumento criado pelos autores, 16 itens avaliados numa escala de likert de 5 pontos, que incide sobre a relação atual e anterior à doença, em duas dimensões: proximidade (Pr) e Conflito (Cf), com valores de consistência interna entre .730 e .868; Escala de Sobrecarga de Zarit; PG-12, para avaliação da Perturbação de Luto Prolongado pré-morte, Subescalas de Depressão, Ansiedade e Somatização do BSI.

Resultados: A amostra é constituída por 152 CF, 80.9% do género feminino, com média de idades de 52.12 (DP: 13.15). Os participantes

são maioritariamente filhos (57.9%) ou cônjuges (32.2%). Apesar da elevada correlação entre a qualidade de relação anterior e a atual (Pr: $r = .886$; Cf: $r = .809$, $p = .000$), existem alterações no padrão de relação em 23% dos participantes: diminuiu em 10.1% a frequência das relações conflituosas, mas aumentou a frequência das relações de natureza ambivalente em 7.3% e distante em 5%. Quando a mudança da relação é marcada pelo conflito, está associada a valores mais elevados de sobrecarga do cuidador ($p = .001$), depressão ($p = .012$), ansiedade ($p = .013$), somatização ($p = .020$) e manifestações de luto pré-morte ($p = .002$). A relação ambivalente está associada a mais sintomatologia e a de natureza distante a menos sintomatologia.

Conclusão: Para um grupo significativo de participantes, a relação com o doente sofreu alterações, com impacto importante na saúde psicológica. A análise destes dados sugere a importância de aferir a qualidade da relação e alterações decorrentes da situação de doença avançada.

CO 15

O PAPEL DA EXPETATIVA DE DIAGNÓSTICO, PERCEÇÃO DE EVOLUÇÃO DE DOENÇA E SOBRECARGA DE CUIDADOR FAMILIAR NO LUTO PRÉ E APÓS MORTE

Maja de Brito¹, Alexandra Coelho², Pedro Frade², António Barbosa²

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra,

²Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Introdução: Sobrecarga do cuidador familiar (CF) e expetativas em relação ao diagnóstico e a evolução de doença são mediadores do luto conhecidos. No entanto, pouco sabemos da sua contribuição ao longo da trajetória do luto.

Objetivo: Avaliar e comparar a contribuição da expetativa de diagnóstico e percepção da evolução da doença, e da sobrecarga do CF no luto antecipatório e luto pós-morte.

Método: Estudo analítico e longitudinal. Os CF dos doentes oncológicos adultos acompanhados por uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos e que entre anos 2015 e 2018 consentiram a participação no estudo. A perturbação do luto prolongado (PLP) foi avaliada com o PG-12 antes da morte e com o PG-13 6-12 meses após a morte. A sobrecarga do CF foi avaliada antes da morte com a Escala de sobrecarga Zarit. Expetativa de diagnóstico e a percepção de evolução da doença foram medidas com uma questão, para cada variável, gradada com a escala de Likert (“Estava à espera deste diagnóstico?” e “Esperava que a doença evoluísse desta maneira?”). O preenchimento foi presencial, por telefone ou por correio eletrónico. Usamos o teste McNemar para avaliar a diferença da prevalência do PLP pré e após morte e a regressão logística para avaliar a contribuição de sobrecarga do CF, percepção do diagnóstico e evolução da doença na PLP.

Resultados: Incluímos na análise 152 CF antes da morte (Me 54 anos (IIQ 44-62), 29 homens) e 72 CF após da morte (Me 54 anos (IIQ 44-61), 10 homens). 61% dos CF não estavam à espera do diagnóstico e um terço não esperava a forma como a doença evoluiu. Metade dos CF vivenciou sobrecarga avaliada como ligeira a moderada (Me 31 (IIQ 20-42)). A prevalência do PLP antes da morte era 38% (57/152) em comparação com 30% (21/72) após a morte ($p = 0.003$). Os CF com a maior sobrecarga (OR ajustado 7.35, 95%IC 2.56-21.05 vs. ausência ou pouca) e que foram surpreendidos pela evolução da doença (OR ajustado 4.08, 95%IC 1.71-9.76 vs. evolução bastante/totalmente esperada) são os com maior risco de PLP pré-morte. Os CF que não esperavam o diagnóstico oncológico (OR ajustado 2.96, 95%IC 0.72-12.13 vs. diagnóstico bastante/totalmente esperado) têm o maior risco de PLP pós-morte. No entanto,

esta associação não se mostrou significativa. **Conclusão:** Os resultados devem ser considerados com reserva pelo facto de a amostra ser pequena. Não obstante, sugerem diferenciação nos fatores de risco de perturbações de luto ao longo da trajetória do luto.

CO 16

ARE PORTUGUESE HEALTHCARE PROFESSIONALS WILLING TO HASTEN DEATH AT A PATIENT'S REQUEST? A VIGNETTE-SURVEY STUDY IN PALLIATIVE CARE CONGRESSES IN PORTUGAL

Sandra Martins Pereira, Ana Sofia Carvalho, Pablo Hernández-Marrero
Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal; UNESCO Chair in Bioethics, Institute of Bioethics, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal; CEGE: Centro de Estudos em Gestão e Economia, Porto Católica Business School, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal

Introduction: Euthanasia and physician-assisted suicide (EPAS) are being highly debated in Portugal. While vivid ethical, political and societal debates are being conducted all over the country, very few of these discussions are based on empirical research conducted in this country.

Objective: To study healthcare professionals' willingness to perform EPAS in Portugal.

Methods: Nationwide vignette-survey study with professionals attending scientific congresses and education events in palliative care in Portugal, including the Azorean islands. Data collection occurred from April 2016 to December 2017. The questionnaire consisted of 8 questions about end-of-life decisions based on proposed patient vignettes. One open question was added asking participants to write any further comments or remarks on EPAS. This study was based on a previously published one (Zenz et al. 2015); no biased phrasing to refer to EPAS was used.

Ethics approval was obtained together with the permission and collaboration of the organizing committees of the aforementioned congresses.

Results: 541 professionals completed the survey. The majority (55.3%) mentioned that they were not willing to perform euthanasia in case of a terminal illness. 14.8% expressed their willingness to perform euthanasia in such cases and 29.9% answered "I don't know". The willingness to perform EPAS was more frequent among young professionals (aged <30) and among those without education in palliative care.

Conclusion: This is the first Portuguese study asking healthcare professionals about their willingness to perform EPAS. The majority of the respondents were not willing to perform these acts. Moreover, it seems that those who are willing to perform these acts are young (and thus less experienced) and have no education in palliative care. Our findings suggest a challenging question to the actual debate about the legalization of EPAS in Portugal: If allowed, who would perform it? As a society, should we prioritize the legalization of EPAS or invest in policies that foster palliative care development and education? Education about palliative care and empirical research about end-of-life issues are needed before the legalization of EPAS in this country.

References: Zenz J et al. Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. *BMC Palliat Care*. 2015;14:60. doi:10.1186/s12904-015-0058-3.

Posters selecionados para discussão

25 de outubro, 13:00-14:30h, Auditório II

PD 01

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS POR MÉDICOS NÃO PALIATIVISTAS NUM INTERNAMENTO DE MEDICINA INTERNA

Sílvia Alexandra Duarte, Joana Cunha, Anabela Morais, Paula Vaz Marques

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O doente em fim de vida deve ser percecionado como um indivíduo vivo até ao momento da sua morte, não devendo a inexorabilidade desta ser um pretexto para o desinvestimento médico. Nesta perspetiva é essencial a prestação dos melhores cuidados paliativos disponíveis.

Objetivo: Determinar a prestação de cuidados paliativos por médicos não paliativistas num internamento de Medicina Interna (MI), assim como a adoção prévia de normas orientadoras de limitação terapêutica.

Método: Análise retrospectiva dos doentes falecidos no 1º trimestre de 2018 num internamento de MI quanto aos sintomas manifestados e à eficácia do seu controlo nos 3 dias que antecederam a morte. Averiguar a determinação antecipada de medidas de limitação terapêutica, assim como indicação, ou ausência dela, para suporte avançado de órgãos.

Resultados: Amostra constituída por 143 doentes, predominantemente do género feminino (53.8%), idade média de 84 ± 9.5 anos. Demora média de 10.6 ± 10.9 dias. 53.1% tiveram pelo menos 1 internamento nos 6 meses prévios. Sabendo que em 74.8% dos doentes a comunicação verbal estava limitada ou ausente, os sinais e sintomas manifestados mais prevalentes nos últimos 3 dias de vida foram: 46.2% dispneia e/ou sinais de desconforto respiratório; 21.7% dor; 11.2% delirium; anorexia e/ou náusea 10.5%. A taxa

de sucesso no controlo de sintomas respiratórios foi de 49.4%. 65% estavam medicados com analgésicos, desses 24.7% não tinha a dor controlada. 37.1% dos doentes estava sob neurolépticos, sendo a taxa de sucesso de controlo do delirium 81.1%. 25.9% dos doentes estavam sob antieméticos, sendo a taxa de sucesso de controlo da náusea de 75.7%. Não foi prestado apoio psicológico ou religioso a nenhum doente. Em 62.9% dos doentes foram adotadas medidas de limitação terapêutica nas 48h precedentes à morte e em 77.6% foi pré-definida ausência de indicação para suporte intensivo de órgãos. Apenas 7.7% dos doentes tiveram acesso a uma avaliação por Cuidados Paliativos nos 6 meses prévios à sua morte.

Conclusão: Num contexto de internamento, e em doentes em fim de vida, existe lugar para a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à adoção de abordagens paliativas em detrimento de abordagens com intuito terapêutico. Apenas assim é possível respeitar o direito de dignidade humana, transversal a todos, independentemente da fase de vida em que se encontram.

PD 02

DOENTE PALIATIVO EM ISOLAMENTO ESTRITO POR MRSA: O PAPEL DO GCL-PPCIRA NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Helena Bárrios, Paula Nobre, Vanessa Nobre
Hospital do Mar, Cuidados Especializados de Lisboa

Introdução: A infeção/ colonização por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) implica medidas de controlo de infeção baseadas na via de transmissão, com implementação de isolamento estrito. A aplicação destes protocolos em Cuidados Paliativos (CP) pode diminuir a qualidade de vida (QdV) dos doentes e carecem de infraestruturas e recursos adequados.

Caso clínico: Doente sexo masculino, 88anos,

viúvo, dois filhos. Diagnóstico de Carcinoma urotelial de alto grau em 3/2017. Admitido no Hospital em 9/2017 para convalescença, após queda recente com hematoma subdural. Apresentava critérios de necessidades paliativas através da utilização de instrumento *Supportive and Palliative Care indicators tool* (SPICCTM) adaptado, e *Palliative Performance Status* (PPS) 40%. Foi identificada colonização nasal por MRSA com indicação para isolamento de contacto, sem critérios para descolonização. Solicitada a avaliação pelo GCL-PPCIRA (Grupo Coordenador Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos) e Grupo de Paliativos, tendo sido integrado na Unidade de CP. Durante o internamento permaneceu em quarto individual com isolamento estrito, não demonstrando sentimentos de negação/revolta ou desesperança. Faleceu, com controlo sintomático em 3/2018.

Objetivo: Consensualizar e operacionalizar estratégias de intervenção multidisciplinar de forma a minimizar os constrangimentos do isolamento estrito num doente em CP, envolvendo o doente e família.

Método: Estudo de caso. O material utilizado foi o processo clínico do doente e revisão bibliográfica.

Resultado: A intervenção do GCL-PPCIRA neste caso baseou-se na identificação de fatores de promoção de QdV, consensualização e implementação de plano personalizado, respeitando as boas práticas de controlo de infeção: 1. Saída temporária do isolamento através da definição de circuitos supervisionados, nomeadamente saída ao jardim/ espaços comuns com a família; 2. Participação em Conferência Familiar para validação da situação de isolamento; 3. Instituição de apoio psicológico e espiritual que incluíram mecanismos de adaptação à situação de isolamento; 4. Acompanhamento continuado do

doente e família.

Conclusão: É necessário o desenvolvimento de políticas/normas sobre o MRSA no contexto de CP. A intervenção do GCL-PPCIRA integrada na equipa multidisciplinar e, em planos individualizados, possibilita minimizar o impacto negativo do MRSA na qualidade de vida do doente em fim de vida.

PD 03

QUANDO O APOIO ESTÁ À DISTÂNCIA DE UMA CHAMADA – A REALIDADE DE UMA EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Catarina Pazes, Cláudia Pereira, Lúcia Gonçalves, Joana Bouça, Cristina Galvão
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Introdução: O atendimento telefónico permanente em cuidados paliativos realizado por profissionais de saúde com competências nesta área encontra-se bem estabelecido em diversos países. Trata-se de uma resposta dirigida a doentes, cuidadores e profissionais de saúde, com valorização e satisfação reconhecidas. Em Portugal são escassos os estudos que avaliam a utilidade do apoio telefónico, sendo inexistentes na área dos cuidados paliativos, tornando-se por isso fundamental analisar a sua relevância e respetivo impacto.

Objetivo: Analisar o atendimento telefónico permanente 24/7 efetuado por uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos durante o ano de 2017, identificando os principais motivos de recurso e as intervenções consequentes.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional descritivo de todas as chamadas telefónicas recebidas pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos em 2017, provenientes de doentes, familiares/cuidadores ou profissionais de saúde, registadas e analisadas numa base de dados no programa *Microsoft Excel*.

Resultados: Foram registadas 1526 chama-

das, o correspondente a uma média de 4,2 chamadas por dia e de 6,4 chamadas por utente/ano (n=238). A maioria dos contactos foram efetuados no período de trabalho da equipa, com 34% a decorrerem “fora de horas”. Foram os familiares/cuidadores que efetuaram a maior parte dos contactos (53,8%), seguido dos profissionais de saúde (39%). Apenas 18 chamadas (1,2%) foram realizadas pelo próprio doente. Os principais motivos de recurso a este serviço foram o “Descontrolo de sintomas” (n=684) e “Dar conhecimento sobre estado atual da situação clínica do doente” (n=226). As principais ações desencadeadas após o contacto foram “Ajuste terapêutico realizado pelo telefone” (n=660) e “Reforço de ensino sobre processo de saúde/plano e objetivos” (n=227). A equipa estima que o atendimento telefónico evitou 365 recursos ao serviço de urgência.

Conclusão: Os resultados deste estudo demonstram que os doentes em fim de vida e os seus cuidadores recorrem ao atendimento telefónico permanente disponibilizado pelas equipas e veem muitas das suas necessidades colmatadas por este tipo de atendimento, independentemente do horário em que ocorram. É importante o desenvolvimento de outros trabalhos nesta área no sentido de melhor caracterizar o seu impacto na qualidade de vida dos doentes/cuidadores, recorrendo a estratégias como a criação de plataformas de registo mais pormenorizadas e sistematizadas.

PD 04

REFERENCIAÇÃO PRECOCE DE UTENTES COM NECESSIDADES EM CUIDADOS PALIATIVOS: INTEGRAÇÃO DA EQUIPA INTRAHOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS EM REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES DE DECISÃO TERAPÊUTICA, UM ESTUDO TRANSVERSAL

Sara Cunha, Rosário Lebre, Teresa Neves
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Coimbra, Portugal*

Introdução: Com vista a garantir o desenvolvimento precoce do plano avançado de cuidados à pessoa com doença oncológica do foro de otorrinolaringologia, a equipa intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP), de um hospital central português, integra as reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica, simultaneamente com os representantes das especialidades de Otorrinolaringologia, Oncologia Médica, Radioterapia e Nutrição.

Objetivo: Caracterizar o acesso a cuidados paliativos, em contexto hospitalar, da pessoa com doença oncológica de otorrinolaringologia, nos primeiros quatro meses de implementação.

Método: Com o intuito de caracterizar o acesso a cuidados paliativos da pessoa com doença oncológica do foro de otorrinolaringologia, pela integração da EIHSCP na reunião de decisão terapêutica multidisciplinar, desenvolveu-se um estudo transversal, de tipo descritivo.

A amostra, não probabilística, por conveniência, inclui todos os utentes com necessidades em cuidados paliativos, identificados pela EIHSCP de um centro hospitalar, na reunião de decisão terapêutica, no período compreendido entre 12 de dezembro de 2017 e 12 de abril de 2018.

A análise descritiva dos dados foi desenvolvida com recurso a medidas de tendência central, dispersão e frequência.

Resultados: No período em análise, dos uten-

tes com doença oncológica, de otorrinolaringologia, apresentados em reunião de decisão terapêutica, identificaram-se 30.36% com necessidades em cuidados paliativos.

Os utentes foram acompanhados em regime de consultadoria, em internamento hospitalar, bem como em consulta externa. A intervenção dirigida da EIHSOP variou entre o dia da identificação e 36 dias após ($M=18.54$; $DP=13.51$). Identificou-se necessidade de internamento em unidade de cuidados paliativos em 23.53% destes utentes, para controlo sintomático.

Conclusões: A integração da EIHSOP na reunião de decisão terapêutica multidisciplinar, foi promotora do acesso precoce a cuidados paliativos especializados à pessoa com patologia oncológica de otorrinolaringologia e família.

A intervenção precoce da EIHSOP promoveu melhor qualidade de vida destes utentes, pelo que é fundamental refletir acerca da sua expansão a outras especialidades médico-cirúrgicas.

PD 05

AValiação e Caracterização DA RECORRÊNCIA AO SERVIÇO DE URgÊNCIA EM DOENTES COM NECESSIDADES PALIATIVAS

Albina Moreira, Hugo M. Oliveira,
Maria Manuel Claro, Maria do Céu Rocha
Unidade Local de Saúde Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução: Os doentes com necessidades paliativas, nomeadamente em fim de vida, têm frequentemente descompensação sintomática e nesse contexto recursos frequentes ao Serviço de Urgência (SU).

Objetivo: Caracterização dos doentes com recursos frequentes ao SU que têm necessidade paliativas e quais os que se encontravam em seguimento pela Equipa de Cuidados Paliativos (ECP).

Método: Estudo transversal dos doentes com 3 ou mais admissões num SU, no último trimestre de 2017. Avaliado o processo clínico

e identificados os doentes com necessidades paliativas (doença terminal, situação de fim de vida, medidas/tratamento de conforto), análise do motivo de recurso ao SU, a presença de sintomas complexos (considerando a escala de sintomas de Edmonton) e resultado desse recurso.

Resultados: De um total de 1886 doentes (9% de todas as admissões no SU) foram identificados 5% ($n=95$) com necessidades paliativas. A mediana de idade foi de 73 anos (desvio padrão de ± 13 anos), 58% do género masculino, com mediana de 50% na *palliative performance scale*. Da amostra seleccionada 83% dos doentes apresentavam: neoplasia em estágio avançado, insuficiência cardíaca Classe IV NYHA; DPOC Gold D, os restantes doentes ($n=16$) apresentam outras doenças crónicas em estágio avançado. Identificadas 346 admissões no SU e 122 internamentos (taxa de internamento: 35%). A média de número de sintomas complexos foi de 1, sendo os sintomas mais prevalentes dispneia (54%) e dor (25%). Da amostra seleccionada 16,8% ($n=16$) já eram acompanhados pela ECP, sendo estes responsáveis por 17,6% ($n=61$) recursos ao SU (67,2%, $n=41$ fora do horário de actividade da ECP) e 12% dos internamentos ($n=15$). Dos 79 doentes não acompanhados pela ECP, 38% ($n=30$) iniciaram seguimento no decurso das avaliações no SU/internamentos subsequentes. A taxa de mortalidade global desta população foi de 55% (avaliação realizada até 1 mês após o último recurso ao SU), 60% ($n=31$) desses doentes encontravam-se em seguimento pela ECP.

Conclusão: este estudo pretende demonstrar a premência da referenciação precoce a uma ECP de doentes com necessidades paliativas. Estes doentes necessitam de acompanhamento regular e atempado por ECP para evitar o descontrolo sintomático e admissões no SU. Sendo o SU o local de admissão da maioria

dos doentes, este estudo pretende também evidenciar a necessidade de formação na área de Cuidados Paliativos no SU, de forma otimizar o reconhecimento e gestão destes doentes em contexto de urgência.

PD 06

INTEGRATING PALLIATIVE CARE IN INTENSIVE CARE BURN UNITS: A SYSTEMATICALLY CONDUCTED SCOPING REVIEW

André Filipe Ribeiro¹, Sandra Pereira^{2,3,4}, Barbara Gomes^{5,6}, Rui Nunes^{1,7}

¹Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal, ²Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal, ³UNESCO Chair in Bioethics, Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal, ⁴CEGE: Centro de Estudos em Gestão e Economia, Porto Católica Business School, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal, ⁵Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, ⁶Cicely Saunders Institute, King's College London, London, United Kingdom, ⁷International Network UNESCO Chair in Bioethics.

Background: Burn units are intensive care facilities specialized in burn patients' care. The number of burn survivors has increased over the past decades as a result of medical advances, thus resulting in an increasing number of patients with morbidities and need for rehabilitation. These burn injuries can have a major impact in patients' physical and psychological health, social relations and role functioning. Palliative care (PC) can take prominence as a strengthening component of integrated care and treatment, as an active and global specialty of care.

Aim: To review and appraise the existing evidence about the integration of PC in burn units with respect to the benefits of this integration and the clarification of how this process may improve the quality of care.

Method: Systematically conducted scoping review, using PubMed, Web Of Science and grey literature (searched until April 2018);

search terms were "palliative care", "terminal care", "hospice care" or "end of life" combined with "burn units". Inclusion criteria applied: empirical studies focused on the integration of PC for patients in burn units, with full text and references available, in English or Portuguese. Exclusion criteria: articles related to patients under 18 years old, systematic literature reviews and policy reports. We conducted a narrative synthesis of the findings and followed the PRISMA reporting guidelines. **Results:** 78 articles were identified in our search of which 4 observational studies were included for analysis (involving 7231 patients in Australia, Netherlands and USA). Discussions focused the aggressiveness of burn treatment and the decision of prioritizing comfort according to patients' needs when there is no prospect of curative treatment. One study found that burned patients who received PC developed fewer complications and had less comorbidities compared to those who were receiving conventional burn care. The decision processes examined often included family conferences and considered patients' health-related quality of life, likely complications, burden of treatment, patient wishes and family directions about patients' choices. **Conclusion:** Although the evidence is still scarce, the existing studies suggest there may be benefits from integrating PC in burn units for adults, in terms of patients' comfort, decision-making processes and family care. Further research is needed to confirm and better understand how this integration might improve patient and family care.

PD 07

ALIMENTAR EM CUIDADOS PALIATIVOS: O PAPEL DO NUTRICIONISTA

¹Carolina Dias, ²Carmo Carvalho, ³Telma Casaca,
⁴Rui Teixeira

¹Unidade de Cuidados Paliativos- Hospital de Seia ULS Guarda E.P.E., ²Unidade de Cuidados Paliativos- Hospital de Seia ULS Guarda E.P.E., ³Unidade de Cuidados Paliativos - Hospital de Seia ULS Guarda E.P.E. Equipa de Enfermagem - Unidade de Cuidados Paliativos - Hospital de Seia ULS Guarda E.P.E., ⁴Unidade de Cuidados Paliativos - Hospital de Seia ULS Guarda E.P.E / *Unidade de Cuidados Paliativos- Hospital de Seia ULS Guarda E.P.E Coimbra Health School*

Introdução: A intervenção nutricional nas Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) é prestada de forma holística e multidisciplinar ao doente e à sua família. Nos doentes em fase paliativa, a alimentação adquire um novo significado: proporcionar conforto emocional, contribuir para a manter a qualidade de vida e reduzir os sintomas associados à ingestão de diversos alimentos. Neste contexto devem ser facultados alimentos que o doente tolere e goste particularmente.

Objetivo: Descrever a intervenção do nutricionista em contexto da equipa multidisciplinar numa UCP

Método: Estudo Retrospectivo Observacional que incluiu os doentes internados na UCP sinalizados com dificuldade alimentar pela equipa de enfermagem. Foi realizada a anamnese alimentar, identificadas preferências e intolerâncias alimentares, auscultada a família e analisados os parâmetros bioquímicos dos doentes. A recolha de dados decorreu entre 18 de Setembro de 2017 a 20 de Abril de 2018. A confidencialidade e o anonimato da informação foram assegurados.

Resultados: Dos 47 doentes observados, 30 (63,8%) eram do género feminino, os restantes do género masculino e apresentavam uma média de idade de $74,36 \pm 10,07$ anos. Os

diagnósticos mais prevalentes foram: doença oncológica (80,6%), acidente vascular cerebral (13%) e insuficiência respiratória (6,4%). A doença oncológica com maior expressão foi a neoplasia do estômago (24,3%), pulmão, pâncreas e colón (10,8%), mama e laringe (8,1%) e hepático (5,4 %). No momento da admissão à UCP a via de acesso alimentar era maioritariamente oral (76,6%), sonda nasogástrica (21,3%) e gastrostomia percutânea endoscópica (2,1%). Quando analisado o tipo de dietoterapia instituída no momento de admissão à UCP, esta foi sempre personalizada, caso a caso. Foi utilizada suplementação nutricional com preparações artesanais (55,3%) com alimentação entérica artificial (29,8%) e dieta modular (14,9%). Ao longo do internamento o regime alimentar foi sucessivamente adaptado no sentido responder às limitações impostas pela evolução da doença e preferências do doente. Foram efetuadas 121 intervenções, correspondendo a uma média de $2,57 \pm 1,09$ dp personalizações da dieta por doente.

Conclusão: Os resultados obtidos mostraram a dinâmica do nutricionista em articulação com a equipa multidisciplinar na UCP. A avaliação sistemática das necessidades e preferências do doente permitiu uma melhor adaptação da alimentação, contribuindo para a melhoria dos cuidados de conforto do doente e sua família

PD 08

DOR ONCOLÓGICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL: RETRATO DA POPULAÇÃO ONCO-GERIÁTRICA

Leonor Vasconcelos de Matos, Mariana Malheiro,
Ana João Pissarra, Joana Graça, Ana Plácido,
Ana Martins

Serviço de Oncologia Médica, Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Portugal é o 4º país mais envelhecido da Europa, sendo após os 65 anos de idade que metade dos cancros são diagnosticados. Cerca

de 80% dos doentes oncológicos com doença avançada (DA) experienciam dor moderada a intensa, que afeta profundamente a sua qualidade de vida. Na população geriátrica, poli medicada, com múltiplas comorbilidades e afeção de órgão, abordar a dor oncológica (DO) surge como um exigente desafio. Estes doentes apresentam-se frequentemente no serviço de urgência (SU) com DO não controlada.

Objetivos do estudo: determinar as características clínicas e sobrevivência dos doentes onco-geriátricos com DO que se dirigem ao SU de um hospital geral, padrões de DO e sua abordagem.

Conduzimos um estudo retrospectivo dos 141 doentes oncológicos com +65 anos, que se dirigiram ao SU em 2016.

A dor foi a 3ª causa mais comum de ida ao SU (21%), estando presente em 52 doentes. Mediana de idades 77, 60% homens. Média de 3 idas ao SU no ano anterior. Metade da população não tinha sido previamente observada para controlo de DO. Dor abdominal (38%), dorso-lombar (29%) e pélvica (13%) foram as mais frequentes. 89% dos doentes descreveram a dor como severa, 25% realizava terapêutica opióide em esquema fixo. Foi realizada terapêutica opióide em SU em 60% dos casos, maioritariamente morfina ev (40%) e alterações no esquema fixo de analgesia realizadas em 10%. 42% dos doentes tinham cancro gastrointestinal, 19% cancro pulmão. 88% dos doentes tinham DA ou metastática, 38% com *performance status* (PS) 4, índice médio de comorbilidade de Charlson 10. 17 doentes sob terapêutica onco-específica. O diagnóstico mais frequente em SU foi progressão de doença oncológica. 65% dos doentes morreu nos 6 meses após ida ao SU, a maioria aos 30 dias, sendo que 75% dos doentes faleceu no hospital. DA (OR 3,082) e pior OS (OR 0,19) foram fatores independentes de morte aos 30 dias ($p < 0,05$).

Os doentes onco-geriátricos com DA e DO não controlada recorrem ao SU e morrem no hospital, uma realidade que deveria ser antecipada e abordada precocemente. O SU surge como um modelo desadaptado para adequadamente gerir as múltiplas necessidades de cuidados desta população, com profissionais de saúde não preparados para corretamente abordar estas situações sendo a dor das mais frequentes e complexas. A integração de equipas de cuidados paliativos e de suporte e de planos avançados de cuidados é urgente e crucial para antecipar e evitar admissões indesejadas, bem como reduzir custos.

PD 09

CONTROLO SINTOMÁTICO E AGRESSIVIDADE DOS CUIDADOS AOS DOENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS FALECIDOS NO SU DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO NACIONAL: ESTUDO RETROSPECTIVO

Raquel Oliveira¹, Mariana Santos¹, Maria Francisca Matos¹, Sara Neves¹, Rosa Cardoso¹, Carla Cruz¹, Cátia Araújo Silva¹, Joana Dias¹, André Maçães¹, Soraia Almeida¹, António Pedro Gonçalves¹, Leonardo Maia-Moço¹, Carolina B. Lobato¹, Bárbara Gomes^{3,4}, Elga Freire^{1,2}

¹Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal, ²Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal, ³Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, ⁴Cicely Saunders Institute of Palliative Care, King's College London, London, UK

Introdução: Atualmente, existe um número considerável de doentes com necessidade de cuidados paliativos (CP) que acabam por falecer no Serviço de Urgência (SU), refletindo a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da sua formação em CP e da referenciação atempada dos doentes. De relevância crescente na literatura internacional, os estudos portugueses são, no entanto, escassos, mas cada vez mais necessários. **Objetivo:** Pretende-se determinar a prevalên-

cia de necessidade de CP, avaliar o tratamento de sintomas e caracterizar as intervenções agressivas, nos doentes falecidos no SU de um hospital terciário.

Método: Por consulta de registos médicos, foram incluídos os doentes falecidos durante o ano de 2016 no SU de um hospital terciário nacional, excluindo doentes em idade pediátrica ou que sofreram um acidente de viação (n=384). Consideraram-se doentes com necessidade de CP os que cumpriam os critérios de terminalidade da National Hospice Organization (NHO) ou que tinham mais de duas comorbilidades de acordo com o Índice de Charlson. Realizou-se análise descritiva e bivariável.

Resultados: Dos 384 doentes elegíveis para o estudo, 301 (78,4%) tinham necessidade de CP (idade mediana: 82 anos), dos quais apenas 9 (3,0%) tinham tido contacto prévio com CP. No entanto, nos 3 meses prévios à admissão em que faleceram, 58,8% dos doentes (n=177) recorreu ao mesmo SU, e 36,2% (n=109) dos doentes já tinha sido sujeito a internamento.

Relativamente à análise dos sintomas à chegada ao SU, verificou-se que nos doentes com dispneia (64,5%, n=194), a grande maioria foi eletivamente medicada (91,8%, n=178). Já considerando os doentes confusos ou agitados (57,5%, n=173) ou com dor (38,9%, n=117), apenas 8,1% (n=14) e 56,4% (n=66) receberam terapêutica dirigida, respetivamente.

A mediana do número de intervenções agressivas foi de 3, não diferindo significativamente entre os doentes em que foi assumida a decisão de não reanimar (57,8%, n=174) face aos restantes (p=0,082). Verificou-se também que a apenas 6,3% (n=19) dos doentes com critérios de terminalidade não foi efetuada qualquer intervenção agressiva.

Conclusão: A necessidade de prestar CP nos

SU revela-se, assim, inegável. É imperativo sensibilizar e formar os profissionais de saúde para a importância de abordagem paliativa, facilitando o acompanhamento precoce dos doentes e evitando admissões hospitalares com intervenções desadequadas.

Posters selecionados para discussão

27 de outubro, 13:00-14:30h, Auditório II

PD 10

ALIMENTAÇÃO EM FIM DE VIDA: PERSPETIVAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Ana Pereira Barbosa, José Miguel Lopes, Susana Mendes, Líliliana Teixeira, Ana Sofia Nina, Ana Rita Almeida

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A alimentação possui um forte simbolismo nas sociedades, estando estritamente vinculada à vida, sendo influenciada por fatores psicossociais, económicos, culturais e religiosos. É comum o doente em fim de vida apresentar desinteresse, aversão ou mesmo recusa alimentar. Associa-se com a progressão da doença e alterações fisiológicas podendo levar a estados extremos de caquexia. É uma temática que suscita muitas dúvidas e questões na tomada de decisão, tornando-se importante conhecer a opinião dos profissionais.

Objetivos: Conhecer a opinião dos médicos e enfermeiros sobre a problemática que envolve a alimentação em fim de vida e analisar a sua opinião relativamente ao início/suspensão da alimentação no doente terminal.

Métodos: Estudo descritivo do tipo inquérito e transversal. Aplicação de um inquérito a médicos e enfermeiros que desempenham a sua atividade em serviços de Medicina e Cirurgia em dois Hospitais.

Resultados: Amostra constituída por 121 profissionais sendo 45 médicos e 76 enfermeiros. A média de idades é de 38,9 anos. A especialidade da maioria dos médicos é Medicina Interna (77,8%). A maioria dos enfermeiros são generalistas sendo que 64% dos especialistas são de reabilitação. 70,2% dos profissionais exerce a sua atividade nos serviços de medicina e 52,1% há menos de 5 anos. Dos resultados obtidos verifica-se que 85,2% dos profissionais Concorda/Concorda totalmente (C/Ct) que quando o doente terminal recusa alimentação deve ser respeitado. 85,1% C/Ct que a decisão de suspender a alimentação deve ser tomada pela equipa interdisciplinar. Relativamente à associação da alimentação e aumento da qualidade de vida no doente terminal 49,2% C/Ct. 38,8% Discorda/Discorda totalmente (D/Dt) que a alimentação nesta fase contribua para o aumento do conforto do doente e 51,2% C/Ct que a alimentação possa contribuir para o sofrimento. 92,5% dos profissionais D/Dt que suspender a alimentação num doente terminal é sinónimo de o estar a matar.

Conclusão: A opinião dos médicos e enfermeiros é tendencialmente similar. Ambas as classes revelam um grande respeito pela autonomia do doente e consideram que a decisão de continuar/suspender a alimentação do doente terminal deve ser tomada pela equipa interdisciplinar, onde se inclui o doente e a família.

PD 11

IMPACTO DAS DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS COM INCAPACIDADE MOTORA

Cândida Cancelinha^{1,2}, Soraia Gonçalves³, Guiomar Oliveira^{2,4}

¹Serviço de Pediatria Médica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal, ²Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal, ³Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal, ⁴Centro de Desenvolvimento da Criança e Centro de Investigação e Formação Clínica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Introdução: Apesar de se desconhecer a sua prevalência, as dificuldades alimentares em crianças com incapacidade motora podem condicionar a sua qualidade de vida (QV).

Objetivos: avaliar a prevalência de dificuldades alimentares num grupo de crianças/adolescentes com incapacidade motora, associação a outras comorbilidades, impacto no estado nutricional e intervenção realizada.

Métodos: Realizado um estudo exploratório, observacional e analítico de caso-controlo, recorrendo-se a uma amostra de conveniência, constituída por doentes internados em enfermaria de pediatria, com preenchimento de questionário por médico (dados demográficos e clínicos), após consentimento informado. Período: dezembro 2017 – março 2018. Grupo Caso: doentes (0–17 anos) com incapacidade motora congénita/adquirida (alteração da força muscular, movimento ou tônus); Grupo Controlo: doentes do mesmo género e com diferença de idades máxima de 12 meses, sem incapacidade motora. Excluídos portadores de dispositivos artificiais de alimentação previamente à avaliação. Análise estatística: IBM SPSS Statistics 23 (nível de significância de 0,05).

Resultados: Incluídos 21 casos e 21 controlos (sexo feminino 52%, mediana de idades 7,0 e 8,0 anos, respetivamente). No Grupo Caso,

os diagnósticos mais frequentes foram doença neuromuscular (33%), paralisia cerebral e doença neurodegenerativa (24%). A maioria apresentava tetraplegia (52%), seguida da paraplegia e discinésia (19%). As dificuldades alimentares foram identificadas em 67% no Grupo Caso comparativamente com 14% no Grupo Controlo, verificando-se tendência para aumento da prevalência com o agravamento da incapacidade.

Verificou-se diferença estatisticamente significativa no que respeita à avaliação por terapia da fala (62% vs 0%), alterações gastrointestinais (38% vs 9%), desnutrição (39% vs 6%) e índice de massa corporal (med 16,4 kg/m² vs 17,6 kg/m²) ($p < 0,001$; $p = 0,030$; $p = 0,041$ e $p = 0,040$, respetivamente). Houve necessidade de alimentação entérica artificial em 62% dos casos, contrariamente ao Grupo Controlo em que nunca se verificou ($p < 0,001$).

Conclusão: Verificou-se tendência para o aumento da prevalência de dificuldades alimentares, alterações gastrointestinais e desnutrição no grupo com incapacidade motora, com relação com a gravidade. Os dados demonstram a necessidade da sensibilização dos profissionais para a avaliação sistemática por equipas multidisciplinares, de forma a identificar precocemente alterações que possam interferir na sua QV.

PD 12

SERÁ PALIATIVO? UMA REVISÃO DA LITERATURA

Ana Karina Abreu, Giovanni Cerullo, Dagoberta Lima
USF Farol; Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Introdução: Nos últimos anos, com o aumento da esperança média de vida e com a evolução da Medicina, temos assistido a um aumento significativo de doenças graves em fase avançada e/ou incuráveis e que se associam frequentemente a um conjunto de sintomas complexos que diminuem a qualidade de vida dos doentes. Apesar do grande bene-

fício da prestação de Cuidados Paliativos na qualidade de vida dos doentes, uma grande percentagem de indivíduos que deles necessitam não chegam a ser identificados e referenciados para equipas especializadas em nenhum ponto da evolução da sua doença.

Objetivo: Com este trabalho pretende-se analisar quais as ferramentas disponíveis para facilitar e incrementar a identificação de doentes com necessidade de medidas paliativas.

Método: Foi realizada pesquisa sistemática da literatura na base de dados electrónica *PubMed*. Os artigos foram então seleccionados, analisados e classificados quanto ao grau de evidência com recurso à taxonomia SORT por 2 dos autores, de forma independente.

Resultados: Foram obtidos 37 artigos, sendo seleccionados 20 atendendo ao título e ao conteúdo do resumo. Foi excluído um artigo por se encontrar unicamente em alemão. Nos artigos revistos foram obtidas referências a 12 ferramentas de identificação de doentes com necessidade de Cuidados Paliativos. Estas ferramentas estão disponíveis maioritariamente sob a forma de questionários ou check-list, correspondendo alguns artigos a estudos de eficácia relativamente à sua utilização em diferentes populações. As mais mencionadas nos artigos encontrados foram NECPAL (necesidade de cuidados paliativos), SPECT (*supportive and palliative care indicators tool*), RADPAC (*RADbound indicators for palliative care needs*) e PIG (*prognostic indicator guidance*). A utilização da pergunta surpresa, “ficaria surpreendido se este doente falecesse nos próximos 12 meses?” é também frequentemente mencionada, sendo inclusive incluída em algumas das ferramentas avaliadas.

Conclusão: A utilização das variadas ferramentas descritas ao longo da revisão tem-se mostrado uma atitude muito eficaz na identificação de doentes com necessidades paliati-

vas, permitindo uma maior e melhor detecção de casos, com o reconhecimento da necessidade de Cuidados Paliativos e encaminhamento precoce para a consulta especializada. Muitos dos instrumentos encontram-se validados em mais do que um país, apresentando estudos comparativos com a não utilização de escalas e que demonstram a sua eficácia.

PD 13

É A CONVERSAR QUE A GENTE SE ENTENDE – A SATISFAÇÃO DA CONFERÊNCIA FAMILIAR EM CUIDADOS PALIATIVOS

¹Ana Maria Neves Rocha,

²Marília de Assunção Rodrigues Ferreira Dourado,

³Manuel Luís Vila Capelas

¹*Serviço de Cuidados Paliativos, Instituto Português de Oncologia de Coimbra FG, EPE,* ²*Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra,* ³*Universidade Católica Portuguesa*

Introdução: A Conferência Familiar (CF) é um indicador de qualidade em Cuidados Paliativos (CP). Baseia-se num processo comunicacional e relacional de gestão de emoções e de vontades do doente, família e equipa de saúde. O empirismo revela que a CF deve ser utilizada enquanto ferramenta eficaz na comunicação mas, a investigação sobre os *outcomes* resultantes da CF é ainda diminuta. Urge investigar os *outcomes* resultantes da prática da CF nos CP, para o doente, família e profissionais de saúde. Importa perceber a eficácia da CF em CP e qual a satisfação que promove nos decisores do Plano Avançado de Cuidados: doente, família e equipa multidisciplinar.

Objetivos: Avaliar a satisfação geral dos intervenientes na CF e quais as variáveis influenciadoras da satisfação.

Métodos e material: Estudo exploratório, quantitativo, observacional, analítico e transversal. Amostra não probabilística acidental de 94 CFs, em UCP Privada, UCP da RNCC, ECSCP e EIHS CP. Usou-se o questionário

“Avaliação da Satisfação com a CF”, com Alpha de Cronbach $>0,75$. Os resultados foram analisados recorrendo aos Teste Mann-Whitney (U) e de Teste Kruskal-Wallis (H).

Resultados: 98,2% dos objetivos da CF foram avaliados como satisfeitos ou muito satisfeitos; existe diferença significativa na Satisfação Geral dos intervenientes para com a CF ($H=9,463$; $p=0,009$), apresentando doente e família maior índice de satisfação que os profissionais. As variáveis planeamento, tipologia de CP, categoria do profissional Gestor da CF, local de cuidados, grau de parentesco do Familiar de Referência e a presença do doente tiveram influência significativa no nível de satisfação dos participantes com a CF. O número de profissionais na CF, a duração e o espaço onde se realizou a CF, não mostraram essa influência.

Conclusão: A CF mostrou ser eficaz, quanto aos objetivos traçados, em todas as tipologias de CP e muito satisfatória para os intervenientes, pelo que se recomenda a sua utilização enquanto ferramenta de qualidade no processo comunicacional em CP.

Nota: Declaramos por escrito e sob compromisso de honra, que o presente resumo é original, e não foi apresentado anteriormente em nenhum congresso. Acrescentamos ainda que não existiu qualquer fonte de financiamento para o estudo desenvolvido, e também não foram identificados conflitos de interesses. Foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação científica através da autorização das Comissões de Ética das instituições em estudo.

PD 14

QUANTO CUSTA O CONFORTO?

Fátima Oliveira, Bruno Monho, Líliliana Pedro, Rita Abelho, Paulo Pina, Manuel Ferreira
Unidade de Cuidados Paliativos – Casas de Saúde da Idanha

Introdução: As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) na comunidade são parte integrante na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A partir de junho/2017 e

de acordo com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2017/18 (PEDCP) foram implementadas novas estratégias. Destas salientamos a criação de critérios de referenciação segundo a Circular Normativa N.8/2017/CNCP/ACSS, e o facto das UCP-RNCCI se destinarem a doentes de baixa/intermédia complexidade segundo o PEDCP. As UCP-RNCCI são financiadas na totalidade pelo Estado num valor de 105,46€/dia (dos quais 15€ se destinam a medicação, apósitos, material de penso e exames complementares de diagnóstico). Este valor é fixo e independente da real complexidade do doente. O financiamento depende da taxa de ocupação, caso esta seja inferior a 85% o financiamento é dado pelo número de dias de internamento; e se superior considera-se lotação de 100%. Pretende-se estimar o custo real diário da medicação e dispositivos consumidos pelos doentes internados na UCP-RNCCI.

Materiais e métodos: Foram analisados os custos em medicação e dispositivos numa UCP-RNCCI durante um trimestre (fevereiro a abril) de 2018. Foram comparados estes custos com o valor/dia financiado pelo Estado. Foi também analisada a complexidade dos doentes segundo o PEDCP.

Resultados: Dos 43 doentes analisados, 6 eram de baixa/intermédia complexidade, sendo os restantes de elevada complexidade (86%). O gasto total em fevereiro (ocupação 81%) foi de 6573,06€ e o financiamento total foi de 3945€ (défice de 2628,06€). Em março (ocupação 86%), o gasto total foi de 5548,42€ e o financiamento de 5580€ (ganho de 31,58€). Em abril (ocupação de 83%) o gasto total foi de 6197,34€ e o financiamento de 4485€ (défice de 1712,34€). Isto corresponde a um défice trimestral de 4308,82€. O custo médio da medicação/doente/dia foi de 20,77€, em que os doentes de baixa/intermédia complexidade gastaram em média 10,65€

e os de elevada complexidade 23,45€.

Conclusão: Este estudo demonstrou que o valor real/dia de um doente internado na UCP-RNCCI é superior ao valor/dia financiado. Apesar do internamento destes doentes numa unidade especializada em Cuidados Paliativos ser mais económico que num hospital de agudos, o financiamento destas unidades fica aquém das necessidades dos doentes, pois estes são na sua maioria de elevada complexidade. Serão necessários mais estudos, com períodos mais alargados e também noutras unidades.

PD 15

THE USE OF THE PATIENT DIGNITY QUESTION IN PALLIATIVE PATIENTS CARED FOR IN THE IN THE PRIMARY CARE SETTING: PRELIMINARY RESULTS

¹Mafalda Lemos Caldas, ²Miguel Julião

¹USF Travessa da Saúde - ACES Loures Odivelas, Portugal Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, ²Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal; ICVS/3B's, PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal

Introduction: *The Patient Dignity Question (PDQ) - What do I need to know about you as a person to give you the best care possible? - is a tool to clinically address the issue of personhood and has already been translated and validated to European Portuguese by Julião et al., coined as Pergunta da Dignidade (PD). The PD can provide information that may not be available through routine procedures.*

Objectives: *To study the acceptability and feasibility of the PD in palliative patients cared for in Primary Care (PC).*

Methods: *Cross-sectional study, using a convenience sample of 25 patients cared for in the PC setting. Inclusion criteria: being 18 years old or older, having palliative care needs, being a Portuguese native speaker, being cognitively intact and the ability to pro-*

vide written informed consent (WIC). After obtaining the WIC and the sociodemographic questionnaire, each patient answered the PD, after which a written PD's summary was produced and evaluated by each patient to ensure its accuracy. After delivering the summary, participants complete a feedback questionnaire on their perceptions of PD.

Results: *This abstract reports the preliminary results of a 10 patients sample. Participants' appreciations on the PD and the PD's summary are presented on Table 1. Interviews to answer the PD took a mean of five minutes (range 3–9) and a mean time of seven minutes (range 5-10) to complete the PD's summary.*

Conclusions: *Our preliminary results show that the PD is well accepted and feasible to use with palliative patients in the context of PC. It may enhance patient/doctor relationships, allowing a new perspective on how professionals perceive and respond to personhood.*

PD 16

MEDICINA NARRATIVA: A ARTE COMO CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE CUIDAR, NA DIGNIDADE DE VIDA DE DOENTES E PROFISSIONAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Magda Freitas, Marília Rua
IPO-Porto Universidade de Aveiro

Introdução: A Medicina Narrativa surge na prática clínica a fim de potenciar aptidões profissionais, explorando as interseções Humanidades/Medicina, centrando o cuidar na relação terapêutica. A leitura de textos literários e escrita reflexiva sensibiliza para a história de vida/doença do doente, o que em Cuidados Paliativos pode servir para a reconstrução da dignidade.

Objetivo: Refletir sobre as potencialidades da Medicina Narrativa no desenvolvimento de competências profissionais promotoras da

dignidade em Cuidados Paliativos.

Método: Realizou-se revisão integrativa da literatura seguindo a questão de investigação: De que modo as Narrativas se instituem promotoras do desenvolvimento de competências profissionais que conferem dignidade aos doentes/famílias e profissionais em Cuidados Paliativos?

Feita pesquisa nas bases de dados Pub Med, Lillacs e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, no período 1 a 5 de abril de 2018. Os descritores utilizados em língua inglesa foram *Narrative Medicine, Palliative Care* e *End of Life*.

Crítérios de inclusão: artigos que respondem à questão de investigação, sem restrição quanto ao desenho, publicados nos últimos 10 anos, disponíveis em *full* texto.

Crítérios de exclusão: revisões sistemáticas da literatura.

Resultados: Encontrados 288 artigos, após processo redutivo foram consultados 31 e analisados 10, dos quais apresentamos os principais resultados. A Medicina Narrativa reconhece complementaridade entre conhecimento científico universalizante e abordagem de histórias biográficas de cada doente como um método de aprofundamento da relação terapêutica. O treino cognitivo pela leitura de textos literários e escrita reflexiva desenvolve sensibilidade para ouvir, apreender e interpretar metáforas, expressões e silêncios, compreender o sofrimento, integrar sinais físicos e aspetos socioculturais no cuidar holístico. As histórias escutadas de perto pelos profissionais são usadas como instrumento de aprimoramento das habilidades de empatia e compaixão, o que permite reconstruir a dignidade, que em Cuidados Paliativos assume relevância na vida dos doentes e no sentido dos profissionais.

Conclusão: As Narrativas usando a complementaridade Literatura/Medicina podem ser

um método a implementar, de maior valia para o desenvolvimento de competências profissionais direcionadas para a humanização. O foco na unicidade do doente permite o cuidado que confere dignidade, o que em Cuidados Paliativos assume particular relevância.

PD 17

EXPERIÊNCIA VIVIDA NOS ÚLTIMOS 3 MESES DE VIDA NA PERSPETIVA DO CUIDADOR: VISÃO NACIONAL

Alexandra Pereira¹, Amélia Ferreira², José Martins³, Joana Saraiva⁴, Cristiana Gomes⁵

¹UCC Lousada; ²ICBAS; ³UCC Lousada; ⁴ICBAS;

⁵ESEnfC; FMUP; ⁴CHUC; ⁵ESEnfC, ⁵Clínica Vila Ramadas

Introdução: Os cuidados de saúde no fim da vida tem sido alvo de crescente discussão. Embora alguns estudos recentes tenham como objetivo analisar o local onde ocorre o óbito, a evidência sobre os cuidados de saúde recebidos pelas pessoas nos últimos meses de vida em Portugal é escassa.

Objetivo: Caracterizar os cuidados de saúde recebidos nos últimos 3 meses de vida das pessoas com doença crónica que faleceram em Portugal na perspetiva do cuidador.

Método: Estudo quantitativo, descritivo, de base populacional. A identificação das pessoas falecidas por causa natural não súbita (≥ 18 anos) foi efetuada através dos registos disponíveis no SICO e a identificação do familiar foi efetuada através da informação disponibilizada no RNU. Trata-se de uma amostra probabilística por clusters (N=1812), tendo-se calculado o tamanho de amostra necessário para um intervalo de confiança de 90%. A colheita de dados ocorreu entre os 4 e os 12 meses após a morte, através de entrevista estruturada por contacto telefónico. Os dados foram tratados recorrendo ao SPSS, v23. Foi obtido um parecer de uma comissão de ética e autorização da comissão nacional de proteção de dados para realização do estudo.

Resultados: A pessoa falecida tinha em média

79,4 anos; 50,9% eram do sexo feminino. O familiar tinha em média 59,7 anos; 73,2% eram do sexo feminino e filhas (45,7%). Nos últimos 3 meses de vida verifica-se que: 69,1% da amostra esteve em casa (55,1% teve contacto com o enfermeiro de família e 74,1% com o médico de família; 4,2% beneficiou de ECCI e 2,2% de ECSCP); 24,1% esteve num lar; 74,3% esteve internado num hospital de agudos; 5,6% esteve internado numa unidade da RNCCI.

Nos últimos 2 dias de vida, verifica-se que: 61,0% da amostra esteve no hospital público; 15,1% em casa; 13,1% no lar. 12,1% beneficiou de CP em algum momento, sendo que a maioria beneficiou apenas no último mês de vida. Quanto ao local onde ocorreu o óbito: 50,4% ocorreram num serviço hospitalar de internamento; 14,4% em casa; 13,3% num lar.

Conclusão: Para além da morte ocorrer cada vez mais em contextos institucionais, este estudo permite saber que o local onde as pessoas vivem nos últimos 3 meses de vida é também de cariz institucional. É ainda relevante verificar que elevadas percentagens das pessoas que se encontram em casa não recorrem aos serviços de saúde dos CSP e que a maioria das pessoas que faleceram não beneficiaram de cuidados paliativos, e as que beneficiaram fizeram-no de forma tardia.

PD 18

ESTUDO OBSERVACIONAL SOBRE PREVALÊNCIA DE LUTO PROLONGADO EM CUIDADORES FAMILIARES NO CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Pedro Frade¹, Alexandra Coelho^{1,2}, Maja de Brito³, António Barbosa^{1,2}

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa,

²Centro Hospitalar Lisboa Norte, ³Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: O processo de luto apresenta diferentes trajetórias resultando por vezes em complicações. O estado da arte aponta cada

vez mais para que estas complicações sejam definidas como uma perturbação mental específica, definida por sintomas e critérios temporais próprios. O instrumento PG13, de avaliação de sintomas de Perturbação de Luto Prolongado (PLP), tem sido o questionário mais utilizado na literatura internacional. Encontra-se validado para a população portuguesa, sendo aplicado a partir dos seis meses de luto. O apoio aos cuidadores familiares (CF), que se estende à fase de luto, é um dos pilares da filosofia dos cuidados paliativos (CP). Uma avaliação sistemática de sintomas de PLP nesta população é um importante procedimento clínico e permite a recolha de relevantes dados de investigação.

Objetivo: Avaliar a prevalência de PLP em CF no contexto de CP.

Método: O PG13 foi aplicado a CF de doentes que foram seguidos numa Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHS-CP), entre 6 a 12 meses após a perda do seu familiar. O questionário foi aplicado de uma forma sistemática, seguindo o protocolo da EIHS-CP, a todos os CF contactados que acederam participar com consentimento informado. O preenchimento foi presencial, por telefone ou auto preenchido por correio eletrónico. A recolha de dados decorreu entre 2014 e 2017.

Resultados: Participaram no estudo 315 CF, adultos com idades entre os 18 e os 84, média de 54 (DP=13,8). A larga maioria do sexo feminino (79%). Relativamente ao estado civil, a maioria era viúvo (46%) ou casado (37%) e ao grau de parentesco, filhos (43%) e cônjuges (45%) dos doentes. Verificaram-se sintomas de PLP em 79 CF, o que corresponde a uma prevalência de 25%. Foi observada uma maior prevalência nas mulheres, com uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,01$). Não se observaram diferenças significativas relativas às outras variáveis socio-demográficas recolhidas.

Conclusão: A prevalência observada de PLP é mais do dobro da encontrada numa recente revisão sistemática e meta-análise de literatura internacional (10%). Esta diferença pode estar associada à natureza da amostra de CF, na sua maioria uma população clínica, do sexo feminino. Este valor pode também estar relacionado com aspetos culturais ou da própria realidade de cuidados prestados por esta EIHS-CP. No futuro importa comparar estes resultados com outras realidades, nomeadamente com a realização de estudos multicêntricos.

Posters em Sala (sem discussão)

P 01

INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW – NURSE'S INTERVENTION IN REDUCING THE RISK OF THERAPEUTIC OBSTINACY AT THE END OF LIFE

Tânia dos Santos Afonso¹, Filipa Veludo²,
Patrícia Pontífice Sousa³

¹RN; MsPC; MNsc; PhD Nursing Student; School of Nursing (Lisbon), Institute of Health Sciences, Catholic University of Portugal. Lisboa, Portugal,

²RN; MsEC; School of Nursing (Lisbon), Institute of Health Sciences, Catholic University of Portugal.

³RN; MNsc; PhD; School of Nursing (Lisbon), Institute of Health Sciences, Catholic University of Portugal. Lisboa, Portugal

Introduction: Nurses have an important intervention with the end of life patient and their family. In this environment it's well known that nutrition has an emotional component and the meaning must be perceived beyond the physiological aspect. At the end of life stage our patients have symptoms and other limitations with nutrition impact. More times than would be appropriate, artificial nutrition, the artificial way of feeding when the physiologic one doesn't apply, is considered by health professionals, differently from the perception of families.

Objective: Identify if nurse's intervention with the end of life patient contributes to the risk reduction of therapeutic obstinacy associated with artificial nutrition.

Methods: Literature Review (15-06-2017) with PRISMA guidelines for reviews in Academic Search Complete, Complementary Index, CINAHL Plus with Full Text®, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ScieELO, MEDLINE®, Directory of Open Access Journals, Supplemental Index, ScienceDirect, Education Source, Business Source Complete and MedicLatina. Inclusion/exclusion criteria: nurses who care for adult/elderly patient at the end of life, excluding nurses who care for children; articles about nurse's intervention in nutrition promotion with end of life patient; full text; in French/Spanish/English/Portuguese; peer-reviewed; published between 2000-2017. A sample of 11 articles was selected.

Results: The nurse's interventions are: evaluation of patient's needs; evaluation of patient's preferences and expectations about artificial nutrition, promote oral feeding as long as possible; attend to patient's desires when artificial nutrition became a real possibility, support in decision-making about artificial nutrition and maintain the follow-up of the health disease process related with nutrition.

Conclusions: The present review allow us to gather the set of nurse's interventions with end of life patient and their family on nutrition, systematizes the elements to be considered in decision making and effective the importance of nurses' contribution in reducing the risk of therapeutic obstinacy, avoiding the suffering associated with artificial nutrition devices.

P 02

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA DISPNEIA NO DOMICÍLIO

Patrícia Reis, António Folgado, Elsa Mourão
LInQUE

Introdução: A dispneia é um sintoma perturbador, que pode ser causa de grande sofrimento, quer para o doente, quer para a família que o acompanha. A sua etiologia é habitualmente multifatorial e na sua abordagem são frequentemente utilizadas medidas farmacológicas e não farmacológicas no âmbito de uma intervenção multidisciplinar.

Objetivo: Revisão de tema sobre a abordagem terapêutica da dispneia e elaboração de folheto informativo, destinado aos doentes e familiares.

Método: Pesquisa de meta-análises e artigos de revisão publicados desde 2008 em inglês, nas bases de dados: PubMed, Cochrane Library, UpToDate, Medscape. Termos MeSH: *dyspnea*, e *palliative care*. Pesquisa livre em revistas de Cuidados Paliativos e Oncologia. Elaboração de folheto informativo com linguagem simples indicando medidas não farmacológicas na abordagem à dispneia.

Resultados: A morfina oral ou parentérica é o tratamento farmacológico de primeira linha para o tratamento da dispneia. Outros opióides, furosemida por sistema de nebulização, benzodiazepinas e corticoides orais não demonstraram ter efeito significativo na dispneia. O oxigénio está indicado, apenas em caso de hipoxemia crónica. A estimulação neuroelétrica, vibração da parede torácica, auxílio da marcha, técnicas de controlo da respiração e reabilitação pulmonar são intervenções não-farmacológicas com grau de evidência fraca a moderada. Não existe evidência suficiente para apoiar a acupuntura/acupressão, técnicas de relaxamento, utilização de ventoinha dirigida à face, programas de aconselhamento e apoio/psicoterapia, medidas posturais.

Conclusão: Os doentes com dispneia beneficiam de uma intervenção interdisciplinar e holística de forma a promover melhoria da qualidade de vida e apoio ao cuidador. A explicação dos seus mecanismos bem como das medidas terapêuticas a executar pelos próprios ou pelos seus familiares, traz tranquilidade e segurança a ambos. Embora as intervenções não farmacológicas careçam de forte evidência para apoiar a sua utilização, não havendo riscos para os doentes, podem ser benéficas em várias situações.

P 03

CUIDADOS PALIATIVOS NO DOMICÍLIO: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM PORTUGAL

Maria da Conceição Dinis Ferreira Moura^{1,3},
Fernanda do Rosário Pombal Gonçalves^{2,3}

¹*Administração Regional de Saúde do Norte, ACeS Cávado I Braga, UCC Braga Saudável, Portugal,*

²*Administração Regional de Saúde do Norte, ACeS Gerês II Cabreira, UCC Amares, Portugal,* ³*Estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Portugal*

Introdução: Os cuidados paliativos destinam-se a pessoas em situação de sofrimento decorrente de doença incurável, em fase avançada e progressiva, e sua família, promovendo o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida. São prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio. Atendendo a que a maioria dos doentes gostaria de morrer em casa, o domicílio torna-se um foco de atenção primordial para os profissionais de saúde. No entanto, a prestação de cuidados paliativos em contexto domiciliário é uma realidade recente em Portugal. Neste sentido, torna-se importante saber qual a produção científica sobre cuidados paliativos no domicílio.

Objetivo: Conhecer a produção científica sobre cuidados paliativos no domicílio, no âmbito das teses e dissertações defendidas em Portugal.

Método: Estudo bibliométrico, descritivo e retrospectivo. A colheita de dados foi efetuada no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Como estratégia de busca, foram utilizados os descritores “cuidados paliativos” e “domicílio” e estabelecidos como critérios de inclusão: dissertações de mestrado e teses de doutoramento defendidas em Portugal, disponíveis em texto integral e que abordem a prestação de cuidados paliativos no domicílio. **Resultados:** Foram selecionados 28 trabalhos, categorizados quanto ao tipo de trabalho académico, área do curso, ano de defesa, instituição de ensino, natureza do trabalho, tipo de estudo, população alvo e temática abordada. Os trabalhos analisados foram desenvolvidos no âmbito de Cursos de Mestrado, sendo a área de estudo mais representativa a dos Cuidados Paliativos, com 22 dissertações. Os estudos foram defendidos no período de 2007 a 2017, verificando-se um pico de volume da produção em 2013 (6) e 2014 (7). As instituições que mais desenvolveram trabalhos acerca dos cuidados paliativos no domicílio foram a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (7) e o Instituto Politécnico de Viana do Castelo (7). Dos 18 trabalhos que desenvolveram estudo empírico, 12 utilizaram uma abordagem qualitativa. Os participantes nos estudos foram maioritariamente o cuidador/família (8) e os enfermeiros (6). As temáticas mais abordadas foram a capacitação do cuidador e o impacto do cuidar no cuidador/família.

Conclusão: A produção científica sobre cuidados paliativos domiciliários desenvolve-se apenas no âmbito de Cursos de Mestrado, maioritariamente na área dos Cuidados Paliativos, sendo o doente, raramente, participante nos estudos.

P 04

EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS – UM ANO DE ATIVIDADE

Sofia Nina, Jose Miguel Lopes, Joana Carneiro, Susana Mendes

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: Embora, muitos doentes apresentem condições com um nível de complexidade que permite a possibilidade de serem acompanhados no domicílio, pela sua equipa de saúde familiar, a maioria dos óbitos em Portugal, continua a ocorrer no Hospital.

Ao nível da Comunidade, o Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos prevê a existência de Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Estas são equipas multidisciplinares específicas de Cuidados Paliativos, que prestam consultadoria às outras unidades funcionais da sua área de influência e asseguram a prestação de cuidados diretos aos doentes/famílias em situação de maior complexidade ou de crise

Objetivos: descrever a atividade desenvolvida pela ECSCP, durante o ano de 2017

Metodologia: Estudo retrospectivo realizado com os doentes acompanhados pela ECSCP, durante 2017. Os dados foram recolhidos do processo clínico informático Sclinico, GestCare CCI e Base de Dados da ECSCP e analisados utilizando *Excel* 2016. Os principais dados analisados foram as características dos doentes acompanhados.

Resultados: Durante o período de estudo, a ECSCP acompanhou 158 doentes. A maioria dos doentes tem idades superiores a 80 anos (52%) e é do sexo feminino (51%). 84% dos doentes foram orientados para a ECSCP a partir do Hospital da área de Residência. Apenas 14% dos doentes foram orientados a partir dos Centros de Saúde da área de Residência. A maioria das referências foram relativas a doentes com patologia oncológica

(82%). Apenas 45% dos doentes observados recorreram ao SU durante o período de acompanhamento e 54% dos doentes que faleceram, a morte ocorreu no domicílio.

Conclusão: Os resultados demonstram uma necessidade de desenvolvimento de trabalho junto das equipas de saúde familiar de modo a aumentar as referências a partir da comunidade. O predomínio de doentes oncológicos parece refletir também uma necessidade de formação dos profissionais dos diferentes serviços, para uma melhor identificação de doença avançada nas doenças não oncológicas e dos critérios de referência para a ECSCP.

P 05

NECESSIDADES DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: PERSPETIVA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Catarina Dias Ribeiro

Centro Hospitalar de São João – Unidade de Oncologia Pediátrica

Introdução: O aumento da longevidade e as alterações na rede familiar constituem dados demográficos das populações, com impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos, especificamente destinados aos doentes crónicos, em todo o mundo. Os cuidados paliativos, sendo uma temática emergente, poderão intervir em um grande número de pessoas nesta condição, através da promoção da qualidade de vida, bem-estar e dignidade. A reabilitação em cuidados paliativos é fundamental, pois permite a melhoria da condição funcional do cliente, a procura de que este viva o mais ativo e confortável possível, por maior incapacidade que possa deter, ou mesmo, por menor tempo de vida que apresente.

Objetivo: Esta investigação teve o propósito de compreender, do ponto de vista dos enfermeiros de reabilitação, as necessidades da

pessoa em situação paliativa e a partir daqui construir linhas orientadoras para uma prática efetiva de enfermagem de reabilitação.

Método: Relativamente ao método recorreu-se a um estudo de cariz qualitativo, exploratório e descritivo, utilizando-se como instrumento de recolha a entrevista semiestruturada. Esta foi efetuada a 15 Enfermeiros de Reabilitação e para o tratamento dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Como referencial teórico foi utilizada a Teoria de Maslow, de Virgínia Henderson e das Transições de Meleis.

Resultados: Dos resultados obtidos surge a categoria alvo de cuidados paliativos e suas necessidades, que incorpora as necessidades do indivíduo e cuidador familiar a título fisiológico, emocional, psicológico, de autonomia, social e de suporte, espiritual, informacional e económico. Além desta, relevam 5 áreas maior: cuidados paliativos: o cuidado integral; enfermeiros de reabilitação: uma abordagem diferenciada de cuidados; intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa em situação paliativa: centradas no alívio do sofrimento; avaliação em cuidados paliativos; e constrangimentos nos processos de cuidados em enfermagem de reabilitação.

Conclusão: A complexidade da pessoa em situação paliativa, da sua família e cuidador, bem como do ambiente que os envolve, cria dificuldades no processo de tomada de decisão do enfermeiro especialista, pelas suas múltiplas dimensões. Assim, emerge a necessidade de um apoio mais estruturado, através da construção de um modelo de reabilitação em cuidados, voltado para as necessidades desta população.

P 06

COMPLEXIDADE DE DOENTES COM NECESSIDADES PALIATIVAS NO DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, URGÊNCIA E CUIDADOS INTERMÉDIOS/INTENSIVOS DE UM HOSPITAL PRIVADO

Rui Carneiro, Catarina Simões, António H. Carneiro
Hospital da Luz - Arrábida

Introdução: A complexidade de uma situação clínica é uma dimensão multifatorial inerente ao doente, família, instabilidade da situação mórbida, psicológica ou sócio-familiar. Esta deve influenciar a alocação de recursos de Cuidados Paliativos (CP) não só para otimizar os cuidados, como numa perspectiva de justiça distributiva.

População e métodos: Avaliação de cem doentes consecutivos (45 mulheres; idade mediana:72 anos), internados no Departamento de Medicina, Urgência e Unidade de Cuidados Intermédios/Intensivos de um hospital privado. Com base na avaliação do processo clínico avaliou-se presença de situação de doença avançada (critérios de Goldstandards Framework, GSF, 2ªedição) e a complexidade foi avaliada pelo Instrumento de Diagnóstico de Complexidade em Cuidados Paliativos (IDC-Pal)

Resultados: Cerca de um quinto dos doentes encontrava-se em cenário de doença avançada e a mesma proporção de doentes estavam em situações complexas ou altamente complexas. Quase todos os doentes complexos ou altamente complexos eram doentes em situação de fim de vida, por doença avançada, e a esmagadora maioria recebia apoio direto da Equipa de Acompanhamento, Suporte e Palição do nosso hospital. Cerca de 10% dos doentes que não apresentavam doença terminal apresentavam, ainda assim, situações complexas.

Conclusão: Há uma elevada prevalência de doentes com necessidades complexas, principalmente em doentes com doença avan-

çada. O rastreio de doentes a necessitar de abordagem paliativa com recursos especializados poderá ser mais eficaz se baseada em necessidades e complexidade (por exemplo com o IDC-Pal) em detrimento de critérios baseados na doença (por exemplo, com o GSF).

P 07

MODELO INTEGRADO PARTILHADO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS NUM HOSPITAL DE AGUDOS: SIMPLES E EFICAZ

Rui Carneiro, Catarina Simões, Sofia Roque,
Dília Soares, António H. Carneiro
Hospital da Luz - Arrábida

Introdução: Há uma forte evidência científica a apoiar o envolvimento precoce de equipas de Cuidados Paliativos (CP) na prestação de cuidados. O modelo integrado demonstrou benefícios irrefutáveis para doente, família, equipas profissionais e sistema de saúde. A partilha de cuidados entre equipas não tem sido explorada como modelo integrado: as equipas de CP, na melhor das hipóteses, agem como consultoras. No modelo partilhado, os profissionais de cuidados paliativos prestam cuidados diretos e não apenas consultoria mas é um modelo pouco desenvolvido no nosso país.

Objetivo: Documentar desafios e benefícios da utilização de um modelo colaborativo partilhado de CP num hospital de agudos.

População e métodos: O nosso hospital é uma instituição privada de saúde com capacidade para 100 doentes internados. Assume-se como hospital de agudos e tem, na base da prestação de cuidados o Departamento de Medicina, Urgência e Cuidados Intermédios/Intensivos que tem capacidade instalada permanente para cuidar do doente agudo em todas as suas vertentes. Um estudo prévio demonstrou que, na nossa realidade, um quinto dos doentes estão em processo de fim de vida, de acordo com os critérios do Goldstandards Framework.

Resultados e discussão: Os recursos específicos de CP organizaram-se numa equipa intra-hospitalar, com médico, enfermeira, psicólogo e nutricionista. Designa-se Equipa de Acompanhamento, Suporte e Palição – designação auto-explicativa, intuitiva sobre a metodologia de trabalho e obviando obstáculo sentido na referenciação a CP. O médico integra a equipa de Medicina Interna; diariamente são identificados os doentes que necessitam do contributo da equipa; o elemento de enfermagem emparelha essa distribuição de trabalho. Na reunião diária de discussão de doentes do Departamento, o médico alinha a apreciação da equipa na construção do plano de cuidados com os restantes internistas, garantia de continuidade e aculturação. Esse plano é transmitido pela enfermeira aos seus pares. Acompanham-se doentes desde o seu diagnóstico (intervenção precoce), preparam-se altas complexas (elaboração de plano individual e integrado de cuidados) e há acompanhamento assegurado na transição para o ambulatório. A equipa garante consultoria telefónica no regime 24/7.

Conclusão: O modelo partilhado pode ser uma excelente solução para que, mesmo hospitais pequenos, também possam ter recursos otimizados para satisfazer necessidades paliativas.

P 08

CARACTERIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Giovanni Cerullo¹, Karina Abreu², Dagoberta Lima¹

¹*Serviço Cuidados Paliativos - Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Polo de Faro, ²USF Farol*

Introdução: os Cuidados Paliativos são todas as ações que visam melhorar a qualidade de vida de quem padece de problemas decorrentes de uma doença grave e/ou incurável e com prognóstico limitado, prevenindo e aliviando o sofrimento, com recurso à iden-

tificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, numa abordagem holística.

Objetivo: Este trabalho pretende-se analisar os internamentos no Serviço de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário.

Material e métodos: Para a realização deste trabalho descritivo retrospectivo, foram consultados os processos de internamentos entre 01.01.2017 e 31.12.2017, construindo uma base de dados e analisando com *Excel*[®].

Resultados: A necessidade de controlo de sintomas complexos motivou o internamento de 249 doentes, total de 258 internamentos, demora média de 10.9 dias. Entre os sintomas complexos encontramos: dor, hemorragia, oclusão intestinal, delirium e agonia. 134 doentes (53.8%) eram do sexo masculino, com uma média de idades de 70,4 anos (37-95 anos) e com *performance status de Karnofsky* até 60%. 113 doentes (45,4%) foram provenientes de outros internamentos, 94 (37,7%) do Serviço de Urgência e 42 (16,8%) da consulta externa de Cuidados Paliativos. Os três diagnósticos mais frequentes foram neoplasia colo-rectal em 57 doentes (22.9%), seguido de neoplasia do pulmão em 31 (12.4%) e neoplasia do estômago em 21 (8.4%). Durante o internamento todos os doentes estavam medicados com opioides. As vias de administração de medicação foram: transdérmica em 92%, per os em 71.2%, intravenosa em 41%, subcutânea em 26% e rectal em 2%. Verificamos uma taxa de mortalidade de 75,5%. Para além das altas por óbito, os doentes foram orientados para a consulta externa de cuidados paliativos, para a Equipa Domiciliária de Suporte em Cuidados Paliativos ou outras unidades.

Conclusões: O internamento em Cuidados Paliativos está preconizado para a gestão de sintomatologia complexa. A descrição da casuística observada permite otimizar a pres-

tação de cuidados. O número de óbitos observados durante o internamento traduz não só o facto de os doentes serem portadores de sintomatologia complexa e consequentemente mais grave, bem como a inadequação dos recursos existentes na comunidade face às necessidades destes doentes. Continuamos ainda a observar uma referenciação tardia destes doentes, sendo importante continuar a apostar na formação dos profissionais de saúde.

P 09

DOENTE PALIATIVO COM IDEAÇÃO SUICIDA: ESTARÃO OS SERVIÇOS HOSPITALARES PREPARADOS?

Ana Ricardo, Nuno Agostinho Fernandes, Marta Oliveira, Ana Marques, Ana Mendes Castelo, Lúcia Gameiro, João Barga.

Hospital Distrital de Santarém

Introdução: Os doentes com neoplasias em fase avançada, pela presença de múltiplos fatores de risco, são mais suscetíveis de cometer suicídio, estimando-se uma prevalência de 18,6% de ideação suicida (IS) entre estes.

Mas estarão os serviços de internamento hospitalares preparados para oferecer cuidados paliativos (CP) e controlar simultaneamente o risco de suicídio (RS)?

Objetivo: Apresentar o caso clínico de um doente seguido pela Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) com IS.

Refletir sobre a adequação dos serviços de internamento na abordagem de doentes em CP com IS.

Método: Descrição do caso clínico e pesquisa no *PubMed* com as palavras chave *suicide*, *palliative care* e *inpatient suicide prevention* publicados em língua inglesa.

Resultados: Caso clínico: Homem, 73 anos, sem antecedentes psiquiátricos, com o diagnóstico de neoplasia do pulmão seguido pela EIHSCP. Foi transferido do serviço de Pneu-

mologia para o serviço de Psiquiatria por IS estruturada.

O Serviço de Psiquiatria possui uma organização interna rígida, com horário limitado de visitas, restringe a posse de objetos pessoais. As refeições são sob vigilância e a horas estipuladas, no refeitório do serviço, não sendo permitido trazer alimentos do exterior. Estas medidas aumentaram o sofrimento psicológico do doente e da sua família.

Discussão: Estão descritas como medidas para a prevenção do suicídio em meio hospitalar a inspeção e apreensão de objetos pessoais, refeições vigiadas, casa de banho sem chuveiro, acesso restrito à enfermaria, quarto próximo da sala de enfermagem e janelas inquebráveis e fechadas.

Os CP devem promover o conforto e o alívio do sofrimento, tendo em conta as necessidades e preferências do doente, devendo os serviços de internamento adequar as suas regras e rotinas a estes, não esquecendo que o binómio doente-família é essencial para assegurar os melhores cuidados de suporte.

No caso descrito os serviços de internamento não conseguiram simultaneamente abranger as suas necessidades enquanto doente de CP e controlar o RS.

Conclusão: Os serviços de internamento hospitalar não se encontram preparados para lidar com doentes em CP com IS.

Deverão ser implementadas medidas de controlo de RS nos serviços de internamento não psiquiátrico com doentes de CP.

Se apesar de todas estas medidas não for possível minimizar o RS, o doente deverá ser transferido para o Serviço de Psiquiatria, adequando as regras deste serviço às especificidades dos doentes em CP.

P 10

IMPORTÂNCIA DO APOIO TELEFÓNICO A DOENTES/CUIDADORES, APÓS ALTA CLÍNICA

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

Introdução: As equipas de CP devem disponibilizar atendimento telefónico aos doentes, familiares/cuidadores e profissionais de saúde. A literatura internacional apresenta vários estudos que demonstram que o apoio telefónico em CP é um recurso útil para doentes e familiares e que reduz o número de admissões hospitalares.

Objetivo: Analisar o papel das intervenções telefónicas, como prestação de cuidados à distância, após alta clínica dos doentes.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo, mediante registos clínicos, de doentes internados e referenciados para a EIHS CP, entre 1/1/2017 e 31/10/2017. Dos doentes que tiveram alta e solicitaram apoio telefónico da equipa, foram avaliadas as seguintes variáveis: idade; sexo; diagnóstico principal; número total de chamadas; quem fez o contacto; motivo do contacto; diligência da intervenção; número de contactos por doente; tempo entre a alta e o contacto telefónico. A análise de dados foi efetuada em *Microsoft Excel*.

Resultados: No total foram referenciados 128 doentes, 65 do sexo feminino e 63 do masculino. Destes, 75 tiveram alta e 53 faleceram no internamento. Dos 75 doentes que tiveram alta, 31 (40,79%) doentes/familiares, contactaram a EIHS CP via telefone. A idade média foi de 74 anos. O diagnóstico principal em 22 doentes foi doença oncológica. Foram efetuadas 79 chamadas. Os contactos foram efetuados por: esposa (26); filhos (21); EIHS CP (11); Lar (11); doente (5); irmã (5); UCP (1); cuidador (1). Os motivos do contacto foram:

descontrolo de sintomas (50), sendo a dor o sintoma mais frequente (8); informação relativa à situação clínica (13); agravamento do estado geral (8); receitas (5); outros motivos (3). Após a análise dos dados, obtivemos os seguintes resultados: controlo sintomático na maioria das situações relatadas pelos doentes/familiares; 2 internamentos urgentes; 5 consultas externa antecipadas; um doente foi transportado ao Serviço de Urgência, por 2 vezes, sem contacto com a EIHS CP. O número de contactos por doente variou entre 1 até 6 contactos. O tempo médio entre a alta e o 1º contacto foi de 17,3 dias.

Conclusão: O apoio telefónico em CP é um recurso importante e eficaz na prestação de cuidados de saúde. Este recurso foi utilizado por mais de 40% dos doentes/familiares, seguidos pela equipa, após alta. Este recurso permitiu a resolução de várias situações que usualmente são motivos de recorrências ao Serviço de Urgência e reinternamentos.

P 11

A COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS AO DOENTE EM FASE PALIATIVA E SUA FAMÍLIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA

Vera Lúcia Rodrigues Ramos, Ana Paula Sapeta, Sandra Neves

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco; Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Introdução: Perante a complexidade de cuidar em fim de vida é imprescindível adquirir estratégias comunicacionais baseadas numa comunicação assertiva, diálogo verdadeiro, controlo emocional e capacidade para resolução de problemas. As más notícias são informação que alteram drástica e desagradavelmente a opinião que o doente tem do seu futuro. A comunicação deficiente conduz o doente a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao prognóstico da mesma, e em relação com a equipa.

A equipa interdisciplinar deve implementar a sua estratégia de comunicação de más notícias de acordo com o protocolo de Buckman.

Objetivos: Identificar os fatores que interferem na comunicação de más notícias; caracterizar o papel do enfermeiro no processo de transmissão de más notícias e conhecer os constrangimentos e fatores facilitadores que intervêm na comunicação de más notícias.

Metodologia: Revisão sistemática da literatura, com o horizonte temporal de referente aos últimos dez anos (2005-2015). De acordo com os critérios de inclusão e exclusão pré estabelecidos, foram selecionados 14 trabalhos, nestes incluem-se nove artigos, três revisões sistemáticas da literatura e duas teses de mestrado.

Resultados: Foram identificadas três áreas: a perspetiva dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias; constrangimentos e fatores facilitadores na comunicação de más notícias e o papel do enfermeiro na comunicação de más notícias. A falta de comunicação é comum no decurso da doença e afeta adversamente os cuidados ao doente e a sua qualidade de vida.

Conclusão: Os profissionais de saúde referem que os doentes devem ser informados de um prognóstico desfavorável ou de uma situação de doença fatal, contudo na prática do dia-a-dia tendem a evitar a comunicação de más notícias. Os profissionais de saúde sentem-se inseguros sobre como comunicar um prognóstico incerto ou o risco de morte. Manifestam receio em alarmar prematuramente o doente destruindo-lhe a esperança, e tendem a esperar que o doente ou os seus familiares tomem a iniciativa de falar sobre questões de fim de vida.

As vivências pessoais da própria morte, o lidar com o medo dos doentes e situações de emoções fortes, sentimentos de impotência e irritação, não conhecerem os desejos

e expectativas dos doentes, envolverem-se demasiado com o doente, fazerem promessas que não podem cumprir e falta de conhecimentos na comunicação de más notícias são os principais constrangimentos mencionados.

P 12

DOR – PELO DOENTE, MÉDICO E ENFERMEIRO: UNIVERSAL?

Joana Serôdio¹, Helena Vilaça¹, António Ferreira², Joana Carneiro¹, Selmira Faraldo¹, Ana Paula Brandão¹
¹Hospital Conde de Bertiandos, Serviço Medicina 2 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima, Portugal, ²Hospital de Santa Luzia, Serviço Medicina 1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal

Introdução e objetivos: A dor é um parâmetro de grande importância na avaliação do doente internado. Este trabalho tem como objetivo avaliar a prevalência de dor nos doentes internados, avaliar a perceção dos médicos e enfermeiros responsáveis e a adequação do tratamento implementado à dor do doente.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal em 51 doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna de um Hospital Distrital. Os dados demográficos e clínicos foram recolhidos através da consulta do processo clínico. A dor foi avaliada utilizando a escala numérica da dor e a PAINAD-PT validada para a avaliação da dor pontual em doentes não colaborantes. A terapêutica adequada foi definida utilizando a escala de dor da OMS.

Resultados: A mediana de idades dos doentes foi de 85 anos (P25: 79; P75: 89; mín. 23 e máx. 98), sendo 33 dos doentes do sexo feminino (64.7%). Dos 51 doentes, 32 tinham dor (62.7%) dividindo-se em 18 (35.3%) e 14 (27.5%) doentes a reportar dor ligeira e moderada, respetivamente. Na avaliação da presença ou ausência de dor, os médicos mostraram concordância em 73.5% dos casos, e os enfermeiros em 60.8%. Quando comparada a classificação da escala dos doentes por

grupos (sem dor, ligeira, moderada, severa) com a classificação dada pelos médicos e enfermeiros, ambos mostraram diferenças estatisticamente significativas ($p=0.005$ e $p=0.003$, respetivamente). Dezassete doentes detinham dor subestimada pelos médicos e 22 doentes pelos enfermeiros. Apesar da terapêutica prescrita ser concordante com a terapêutica considerada adequada segundo a classificação dos médicos ($p=0.170$), o mesmo não se verificou quando comparada com a terapêutica considerada adequada segundo a classificação do doente ($p=0.001$), demonstrando 26 doentes subtratados.

Conclusão: Este trabalho demonstrou uma elevada prevalência de doentes internados com dor, com uma incorreta perceção da mesma tanto por parte dos médicos como dos enfermeiros. Este fato pode ter contribuído para a inadequação de terapêutica analgésica instituída aos doentes. Salienta-se assim a importância de uma cuidada e repetida avaliação da dor para promover um correto controlo sintomático com uma revisão terapêutica diária.

P 13

EFICÁCIA DO TEAM BUILDING NA COESÃO DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Patrícia I. Martins Rodrigues
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Introdução: O Trabalho em Equipa tem vindo a assumir um papel fundamental nos últimos anos no que concerne aos Cuidados Paliativos. Contudo, existem algumas barreiras na implementação deste método de trabalho, uma vez que, ainda subsistem equipas com fraca coesão laboral. O objetivo deste estudo é avaliar o impacto das sessões de *Team Building* na incrementação da coesão da equipa multidisciplinar de Cuidados Paliativos, sendo

esta diretamente proporcional ao aumento da capacidade de trabalhar de forma efetiva e frutífera em equipa.

Metodologia: Realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura, selecionando quatro artigos que foram previamente avaliados, metodologicamente, com vista à sua correta seleção. De entre estes, listam-se dois estudos do tipo caso-controlo, um estudo exploratório e uma revisão sistemática da literatura. Os participantes assumem-se de forma sistemática como Equipas Multidisciplinares de Cuidados Paliativos. Pretende-se comparar a eficácia do Trabalho em Equipa, antes e após as sessões que visam potenciar a coesão entre os membros compositores. O principal resultado que se pretende obter é a constatação da melhoria das ações laborais em equipa, após aplicação de técnicas concretas de *Team Building*.

Resultados: Os diversos estudos revelam que as sessões que procuram promover a coesão intra-equipa, são bastante eficazes no que diz respeito às tomadas de decisão e organização, à capacidade de comunicar de forma efetiva e de manter uma postura exemplar, à estima pelos colegas de equipa e até mesmo à diminuição das hospitalizações e melhoria da qualidade do fim de vida do utente. Assim, conclui-se que, o *Team Building* se torna fulcral para o excelente desempenho da equipa multidisciplinar de Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Trabalho em Equipa Multidisciplinar, Coesão, *Team Building*

P 14

HIPONATREMIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Mariana Brandão¹, Ana Júlia Arede², Bárbara Prucha³, Fátima Silva⁴, Inês Teles Grilo⁵, Olímpia Martins⁶, Susete Freitas⁶, Paula Silva⁶, Isabel Costa⁶, José Ferraz-Gonçalves⁶

¹Serviço de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, Portugal,

²Serviço de Oncologia Médica, Centro Hospitalar do Algarve, Faro, Portugal, ³Unidade de Saúde Familiar

Navegantes, Agrupamento de Centros de Saúde Póvoa de Varzim / Vila do Conde, Vila do Conde,

Portugal, ⁴Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal,

⁵Serviço de Oncologia Médica, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal,

⁶Serviço de Cuidados Paliativos, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, Portugal

Introdução: A hiponatremia é a alteração hidroelectrolítica mais prevalente em geral. Foi estudada em doentes oncológicos, onde parece ser independentemente associada a um mau prognóstico. Contudo, tem sido pouco estudada em cuidados paliativos. Por esse motivo, decidimos estudar a prevalência da hiponatremia em doentes em cuidados paliativos

Métodos: Este é um estudo prospectivo realizado em 2017 entre ...num serviço de cuidados paliativos de um centro oncológico. Não foram colhidas amostras de sangue especificamente para este estudo por razões éticas. O estudo baseou-se nos testes de sangue colhidos nos 3 dias antes ou depois da admissão por outras razões. Os valores normais do sódio (Na) foram definidos como os situados entre 135 e 145 mEq/L, hiponatremia ligeira, Na entre 130 e 134 mEq/L, e hiponatremia significativa, Na <130 mEq/L.

Resultados: Foram incluídos 292 doentes, 171 (59%) eram do sexo masculino, e a mediana de idades foi de 69,5 anos (19 a 99). Os diagnósticos mais prevalentes foram: cancro esófago/gástrico - 57 (20%); colo-rectal - 43

(15%), Pulmão - 32 (11%), cabeça e pescoço - 30 (10%) e mama - 29 (10%). O ECOG à entrada era: 1 - 4 (1%); 2 - 18 (6%); 3 - 104 (36%); 4 - 165 (57%). Em 172 (59%) doentes o Na sérico foi medido: Na \geq 135 mEq/L - 94 (32%); Na 130 a 134 - 57 (20%); Na < 130 21(7%).

Discussão/Conclusão: A hiponatremia é uma ocorrência comum em doentes com cancro avançado, mas é geralmente ligeira. A maioria dos doentes incluídos neste estudo tinham um baixo estado de *performance*, o que significa um mau prognóstico. Nestas circunstâncias, as análises de sangue não estão indicadas. Por outro lado, uma hiponatremia grave pode afectar o estado de *performance*, mas parece que a acontecer será uma causa rara. Assim, as análises ao sangue, incluindo o Na, devem ser reservadas para casos muito seleccionados.

P 15

COMPROMISSO DE VIAS DE ADMINISTRAÇÃO NUM CASO DE MORFEIA GENERALIZADA

Leonor Gil, Sofia Viegas, Diogo Martins-Branco, Hugo Lucas

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

Introdução: A morfeia é uma variante da esclerodermia localizada, que pode evoluir para morfeia generalizada, e é uma doença autoimune, que afeta a pele e os órgãos internos comprometendo a qualidade de vida do indivíduo. Caracteriza-se por uma deposição anormal de grandes quantidades de colagénio, fibronectina e glicosaminoglicanos, devido a biossíntese aumentada pelos fibroblastos activados, que se diferenciam em miofibroblastos, levando ao espessamento da pele, tornando-a rígida e dura. Este aspeto, num quadro sistémico, leva a que a se desenvolvam graves alterações cutâneo-mucosas e articulares, com importante compromisso algico. Em Cuidados Paliativos torna-se rele-

vante a problemática do controlo sintomático tendo em conta a ausência de vias, num doente em fim de vida.

Objetivos: Caracterizar a doença; analisar a complexidade das necessidades paliativas e suas intervenções: gestão das lesões corporais (risco hemorrágico maciço, adaptação de medidas locais e sistémicas; controlo infeção); gestão da autoimagem e do sofrimento associado à perda de autonomia; aspetos familiares; gestão de controlo sintomático (dor, ansiedade, exsudado e odor); gestão das vias de administração terapêutica dada a limitação das mesmas (Transdérmica (TD); Subcutânea (SC); Endovenosa (EV); Intramuscular (IM), e Oral (PO)).

Metodologia: Análise de caso, estudo descritivo e retrospectivo.

Resultados: Doente com 55 anos, com morfeia generalizada, com início aos 40 anos, com predomínio acral e extensão posterior a todas as regiões do corpo. À admissão na escala de *Edmonton* (ESAS) pontuava 37 (dor 4, sonolência 5, depressão 10, ansiedade 7, obstipação5); na escala *Palliative Outcome Scale* (POS) pontuava 18 e na escala *Palliative Performance Scale* (PPS) pontuava 50. Verificavam-se regiões cutâneas sem integridade, com lesões profundas, com sinais infecciosos e, no restante tegumento existia um espessamento que comprometia a via TD, SC, EV e IM. O doente tinha representação cognitiva da sua doença porém, com franco compromisso da sua imagem corporal e auto estima, e com humor deprimido. A família, apesar da sua disruptividade (múltiplas relações e filhos sem relação entre si), detinha expectativas ajustadas face ao diagnóstico e prognóstico.

Conclusão: Face às dificuldades ao longo do internamento numa UCP considera-se que se obteve um controlo sintomático efetivo junto do doente e família, observando os pressupostos de boas práticas em cuidados paliativos.

P 16

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA GESTÃO DA FERIDA MALIGNA

Sofia Viegas, Leonor Gil, Diogo Martins-Branco, Hugo Lucas

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

Introdução: A ferida maligna (FM) é uma necessidade paliativa frequente na doença oncológica avançada e pode ser decorrente de tumor cutâneo primário, extensão cutânea de outro primário ou lesão secundária. Por vezes a hemorragia maciça é a causa de morte destes doentes, sendo útil recorrer à sedação paliativa (SP) como estratégia de intervenção direta neste processo em cuidados paliativos.

Objetivos: analisar a complexidade das necessidades paliativas e suas intervenções, nomeadamente: i) gestão ferida maligna (risco hemorrágico maciço, odor, adaptação de medidas locais); ii) gestão de controlo sintomático (dor, dispneia, ansiedade); gestão expectativas da doente e família (transfusões, idas ao SU, regresso à terra natal para estar junto da família); iii) aspetos culturais e religiosos (religião e espiritualidade, aspetos familiares); iv) refratariedade de sintomas e SP. Metodologia: estudo de caso, retrospectivo e descritivo, com análise do processo clínico.

Resultados: À admissão na UCP a doente apresentava um Glasgow de 15, e uma extensa FM na região anterior do hemitórax direito, resultante de invasão loco-regional de neoplasia do pulmão, com descontrolo sintomático (Dor 3, Odor 7, Ansiedade 8 e Falta Ar 5 de acordo com as dimensões da *Edmonton Symptom Assessment Scale* - ESAS). Face à intensidade da dor na mudança do penso, este foi pontualmente realizado com recurso a sedoanalgesia (midazolam e morfina) em perfusão endovenosa. O odor foi controlado com aplicação de grão de café no penso. Os episódios de hemorragia maciça foram controlados, com recurso a medidas locais e

sistémicas, com intercorrências ameaçadoras da vida. Discutiram-se aspetos com a doente como a continuidade de suporte transfusional e sedação intermitente/paliativa. A importância das crenças religiosas e a dimensão espiritual vivenciada pela utente, aliada ao papel que representava na família, destacaram-se como aspetos que influíam negativamente com o plano de cuidados.

Conclusão: Este é um caso paradigmático de gestão de uma necessidade paliativa complexa. A intervenção com a família, como agentes mediadores, foi fulcral para o processo de adaptação à condição clínica pela doente sendo que, a este propósito, revelou-se útil o contributo da assistência espiritual e religiosa. De salientar a consideração dos aspetos bioéticos relevantes no plano avançado de cuidados, os quais representam um desígnio de boas práticas em cuidados paliativos e permitiram cumprir o desejo da doente.

P 17

CARACTERIZAÇÃO DA PRIMEIRA CONFERÊNCIA FAMILIAR NUMA UCP

Hugo Lucas, Francisco Cruz, Catarina Freitas, Filipa Reis

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

Introdução: A conferência familiar (CF) constituiu-se como uma ferramenta estratégica na abordagem às famílias em Cuidados Paliativos (CP), dado que facilita a discussão sobre as expectativas da doença e as escolhas de cuidados a receber, permitindo assim a elaboração de um plano avançado de cuidados (PAC) em situações de fim de vida, informado e estruturado. Seguem um plano estruturado pela equipa, para preparar a abordagem à família e às suas necessidades.

O objetivo deste estudo é analisar e caracterizar o conteúdo da primeira CF após a admissão numa UCP-RNCCI.

Metodologia: Estudo descritivo exploratório

misto realizado através da consulta do processo clínico, e folhas de registo da CF, de todas as primeiras CF realizadas a doentes admitidos numa UCP-RNCCI desde a sua criação, com alta até 28/02/18. A dimensão qualitativa foi objeto de uma análise de conteúdo- Bardin – (AC), para os temas abordados nas primeiras CF. Através do SPSS 23.0 foi realizada a estatística descritiva das variáveis quantitativas. Excluemse doentes sem CF inicial.

Resultados: Identificaram-se 63 doentes, 60,32% do género feminino (n=38), média de idade (69,1 anos); 80,95% com diagnóstico principal oncológico. A AC baseada nos pilares dos CP, identificou 10 categorias e 17 subcategorias, como temas centrais da primeira CF, das quais se salientam: “Expectativas face ao internamento” (39,7%); “Progressão e evolução da doença” (42,9%); “Resolução e facilitação de assuntos familiares” (25,4%); “Exaustão do cuidador” (17,5%); Questões Bioéticas, como “Sedação paliativa” (8%), Testamento Vital (11,11%), Alimentação e hidratação em fim de vida (12,7%); “Princípios e filosofia dos CP” (14,3%); A notar que em 3,17% da amostra (n=2) foi abordado como conteúdo a comunicação entre a diáde «família-equipa» como fundamental para o PAC. 68,25% dos utentes não reunia critérios para participar na CF inicial e o número médio de dias até à realização da primeira CF foi de 12,56 desde a admissão.

Conclusão: Os resultados reforçam a importância dos pilares dos cuidados paliativos e as subcategorias mais expressivas evidenciam a importância do controlo de sintomas, o PAC e o apoio à família, face à complexidade clínica de alguns doentes na sua admissão, demonstrando a importância das UCP no percurso em fim de vida dos doentes e famílias.

P 18

ANÁLISE RETROSPECTIVA DA AVALIAÇÃO DO PROGNÓSTICO À ADMISSÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS: VALOR DA UTILIZAÇÃO DA *PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE* (PPS V2)

Emanuel Gouveia, Emília Fradique, Teresa Magalhães
Instituto de São João de Deus, Clínica São João de Ávila – Unidade de Cuidados Paliativos

Introdução: Existem vários instrumentos de avaliação de prognóstico úteis em cuidados paliativos dos quais destacamos a *Palliative Performance Scale* (PPS v2), utilizada de forma sistemática na nossa unidade. O estudo atual consiste numa análise retrospectiva dos doentes admitidos numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) no período de dois anos, compreendido entre 1 de Janeiro de 2016 e 31 de Dezembro de 2017.

Objetivo: Caracterizar retrospectivamente a população admitida na UCP em termos de prognóstico, recorrendo à PPS v2. Analisar alterações na população em estudo ao longo do tempo, nomeadamente após a alteração de critérios de admissão com a entrada em vigor do novo Plano Nacional de Cuidados Paliativos, a partir de Maio de 2017. Método: Análise quantitativa da escala PPS v2 à admissão e análise qualitativa da avaliação clínica.

Resultados: Durante o período em análise foram admitidos 84 doentes (dtes), dos quais 53 % (n= 52) eram do sexo feminino, com uma idade mediana de 74.3 anos. A maioria (83%) apresentava diagnóstico principal de doença oncológica. As doenças neurodegenerativas foram, no seu conjunto, o segundo diagnóstico principal (n=7). O tempo médio de internamento foi 52.3 dias [3-386 dias]. A PPS mediana à admissão foi de 40. A maioria (n=77; 92%) faleceu na unidade. Neste grupo, a sobrevivência mediana foi de 22 dias e a PPS mediana correspondeu igualmente a 40. De Janeiro de 2016 até Maio de 2017 (17 meses), foram considerados para análise um total

de 37 dtes (com PPS à admissão). A maioria dos doentes apresentava PPS de 50 [12 dtes; intervalo de sobrevivência de 25-90 dias]. O grupo em que se registou maior discrepância na sobrevivência foi o de PPS 30 [5 dtes; 13-340], com maior representatividade de patologia neurodegenerativa e um caso de patologia neoplásica rara do SNC com evolução lenta. De Junho a Dezembro de 2017 (7 meses), foram considerados para análise um total de 43 dtes. Neste segundo grupo, a maioria (93%) apresentava PPS inferior ou igual a 5 [40 dtes; 3-111 dias]. O doente com maior sobrevivência neste grupo (111 dias) apresentava insuficiência de órgão, sem doença oncológica.

Conclusão: A avaliação sistemática da PPS v2 em contexto de UCP permitiu não raras vezes à equipa estabelecer um plano antecipado de cuidados. Contudo, foi possível perceber que o perfil de doentes tem vindo a alterar-se, com sobrevivências curtas, o que poderá vir a implicar no futuro a necessidade de estabelecer medidas de aferição mais acuradas.

P 19

A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS COM OUTRAS ESPECIALIDADES:

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

D. Martins-Branco, E. Fradique, E. Gouveia
Unidade de Cuidados Paliativos - Clínica São João de Ávila, Instituto São João de Deus

Introdução: Os Cuidados Paliativos assumem um papel emergente na trajetória do doente oncológico. A antecipação de necessidades paliativas reforçam a importância de uma integração precoce. Da mesma forma a revisão constante do comportamento da doença oncológica e o diálogo com outras especialidades são cruciais.

Objetivos: Destacar o papel de uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) no percurso do doente oncológico e a importância de tomadas de decisão individualizadas.

Metodologia: Estudo de caso retrospectivo e descritivo, com análise do processo clínico.

Resultados: Doente do género feminino, com antecedentes psiquiátricos relevantes e contexto sociofamiliar complexo e diagnóstico de Tumor Neuroendócrino (TNE) do pâncreas G2, com metastização hepática multifocal aos 50 anos, tratada durante 4 anos com terapêutica antineoplásica. Em Junho/2015 constatou-se progressão de doença, tendo sido decidida a suspensão de tratamento antineoplásico. Neste contexto e em descontrolo sintomático foi referenciada a UCP, tendo sido admitida em Março/2016. À admissão apresentava quadro algíco não controlado. Na fase inicial do internamento na UCP e perante incerteza do prognóstico vital de base, foi encaminhada para o serviço de urgência no contexto de intercorrência infecciosa aguda e necessidade de gestão em ambiente hospitalar. Após recuperação deste evento, procedeu-se a progressiva otimização do controlo sintomático, incluindo apoio de Psiquiatria. Em Junho/2016 iniciou quadro de tonturas, visão turva e sudorese profusa, objetivando-se hipoglicémias graves recorrentes. Foi colocada a hipótese diagnóstica de insulínoma maligno, que se confirmou após articulação com Endocrinologia. Após comprovação clínica do comportamento da doença pré-existente e face ao aparecimento recente de novas estratégias terapêuticas na área dos TNE a doente foi discutida em reunião multidisciplinar em centro oncológico de referência, que propôs tratamento com radionuclídeos. Foi obtida estabilização clínica e remissão parcial. Perante os ganhos obtidos iniciou plano de reabilitação, tendo sido referenciada para unidade de média duração. Atualmente, reside no seu domicílio e é independente nas atividades da vida diária, mantendo seguimento em consulta de Oncologia Médica.

Conclusão: Este caso representa a importância da integração entre uma UCP e diferentes

unidades hospitalares e especialidades no percurso do doente oncológico, destacando-se a influência da equipa na trajetória da doença.

P 20

ACOMPANHAMENTO PARTILHADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Filipa Tavares, Francisca Rebordão Topa, Teresa Reis Araújo

CHLN – Hospital de Santa Maria USF Carnide Quer USF Tílias

Introdução: Os Cuidados Paliativos têm como objetivo proporcionar a melhor qualidade de vida possível ao doente e sua família num campo de atuação vasto, que incluiu o âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP), pelo seu privilegiado lugar no conhecimento e abordagem do doente, sua família e suas necessidades biopsicossociais.

Objetivos: Os objetivos deste trabalho são a caracterização dos doentes de uma unidade hospitalar de Medicina Paliativa e o estudo do seu acompanhamento simultâneo e partilhado nos CSP.

Metodologia: Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo.

Foi escolhida uma amostragem de conveniência, com a caracterização dos doentes em seguimento em consulta hospitalar de Cuidados Paliativos quanto ao género, idade, diagnóstico principal e tempo de seguimento (< 3 meses; 3-6 meses; 6-9 meses; 9-12 meses e > 12 meses) através da consulta de registos clínicos hospitalares.

Através da consulta do Registo Nacional de Utentes (RNU), foram obtidos os dados da localidade de residência e foi também verificado se os doentes tinham, ou não, médico de família atribuído.

Recorrendo à Plataforma de Dados em Saúde (PDS) foi feita a quantificação e a caracterização da(s) consulta(s) em CSP a que os doentes

tiveram acesso no último ano (de Maio de 2017 a Maio de 2018). Nos doentes com registo de consultas nos CSP, aferiu-se o tipo de consulta: presencial (de vigilância ou em contexto de doença aguda) ou não presencial. Foram excluídos da amostra os doentes com internamento(s) no último ano, doentes com apoio dos cuidados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e doentes pertencentes a unidades de saúde sem o sistema informático *SCLínico*[®].

Resultados: Foi caracterizada uma amostra de 92 doentes, com idade média de 70 anos (idade máxima de 93 anos e idade mínima de 27 anos), com 53% de doentes do sexo feminino e 47% de doentes do sexo masculino. Na maioria destes, o diagnóstico principal é doença oncológica (82%), seguido de doença neurodegenerativa (4%) e doença renal crónica (2%). Uma elevada percentagem de doentes não tem médico de família.

Conclusão: A implementação de cuidados multidisciplinares é fundamental no âmbito dos Cuidados Paliativos. Por outro lado, é também importante uma articulação entre CSP e cuidados de saúde secundários, tendo em vista a gestão partilhada com a prestação dos melhores cuidados ao doente em Cuidados Paliativos.

P 21

ASCITE MALIGNA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Giovanni Cerullo¹, Karina Abreu², Dagobertha Lima¹

¹Serviço Cuidados Paliativos - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro; ²USF Farol - Faro

Introdução: A ascite maligna é comum em Cuidados Paliativos (CP) e Oncologia, não havendo guidelines bem definidas. É sobretudo associada a neoplasia hepática e carcinomatose peritoneal, causando bloqueio da drenagem linfática, alteração da permeabilidade vascular e produção de líquido na cavidade

peritoneal. Há diminuição da qualidade de vida, pelo descontrolo de sintomas. O tratamento inclui diuréticos e paracentese. A paracentese per se acarreta desconforto para o doente, sendo uma técnica invasiva, podendo ser repetida mais frequentemente na ascite refratária, levando, paradoxalmente, a diminuição da qualidade de vida devido à realização do tratamento. Para minimizar o desconforto, a colocação de um cateter de diálise peritoneal parece ser uma alternativa válida.

Objetivo e método: apresentação de um caso clínico.

Resultados: Mulher, 76 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia, medicadas.

Em julho 2017, início de mal-estar generalizado com perda ponderal, náuseas e vômitos, sendo internada no serviço de Cirurgia Geral e diagnosticado adenocarcinoma gástrico com carcinomatose peritoneal e ascite. Em agosto, foi submetida a cirurgia paliativa e em setembro a quimioterapia paliativa oral, interrompida após 2 meses por mielossupressão, sendo então referenciada para CP, tendo a primeira consulta em novembro. Na consulta de CP: queixa principal de dor abdominal associada a ascite sob tensão. Iniciou tratamento médico otimizado com pouca resposta, pelo que iniciou paracenteses evacuadoras com alívio sintomático. Por aumento da frequência das mesmas, em janeiro 2018, foi colocado pela Nefrologia cateter de diálise peritoneal (Tenckhoff) pela técnica de Seldinger, com drenagem bissemanal de líquido ascítico, sem complicações. A doente faleceu 3 meses após a sua colocação.

Conclusão: O tratamento da ascite maligna pode passar pela realização de paracentese, com um imediato alívio sintomático, estando a quantidade de líquido drenado relacionada com a melhoria sintomática (78 a 90%, segundo estudos). Porém, a frequência das mes-

mas costuma aumentar com a progressão da doença de base, diminuindo a qualidade de vida do doente. O tratamento farmacológico com diuréticos tem boa resposta clínica em apenas 22%, sendo menor perante metastização hepática. Outras atitudes terapêuticas são a realização de shunt peritoneu-venoso, pouco utilizado dado o elevado risco de complicações, e a colocação de cateter peritoneal para drenagem de líquido ascítico.

P 22

GLIOBLASTOMA – UM CASO DESAFIANTE

Joana Liz Pimenta, Patricia Chow Liu, Silvia Duarte, Ines Teles Grilo, Patricia Gago, Mariana Rocha, Joana Lima, Rosa Gomes, Teresa Sarmento, Marta Sousa, António Teira, Miguel Barbosa
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: Os Gliomas de Alto Grau são tumores malignos do Sistema Nervoso Central (SNC) rapidamente progressivos, que se dividem em Glioblastomas ou Gliomas Anaplásicos - Astrocitoma ou Oligodendroglioma. Os Glioblastomas são os mais comuns - 54% e configuram o pior prognóstico, com uma mortalidade ao 1º ano de 70%. O impacto da doença é devastador nos doentes e cuidadores não só pelo prognóstico mas principalmente pela progressão de déficits cognitivos. **Objetivos:** Evidenciar o risco de exaustão do cuidador. Realçar que o controlo sintomático e apoio familiar podem aumentar a sobrevida prevista. Exemplificar o desafio de cuidados paliativos em doentes com patologia do foro neurológico.

Materiais e métodos: Descrição de um caso clínico.

Resultados: Doente de 81 anos, do sexo feminino, com um *performance status* do *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) de 4, casada e com 3 filhos. Em 2014 foi diagnosticada com Glioblastoma grau IV, sem indicação para neurocirurgia. Foram inicial-

mente propostos Cuidados de Suporte ou Quimioterapia e Radioterapia Paliativas, com decisão da doente e família por esta última. Realizou-se protocolo Stupp até 2016 com progressão da doença e referenciação a Cuidados Paliativos (CP). Na 1ª consulta de CP a doente apresentava-se com grau de dependência elevada, pela deterioração cognitiva e motora crescentes, os filhos iniciavam um afastamento progressivo e o marido-cuidador encontrava-se em estado de exaustão e com o desejo de institucionalizar a doente. Foi então proposto pela Unidade de CP admitir a doente e após 1 semana de internamento, a pedido do marido, que se sentia novamente capaz para os cuidados, a doente teve alta. Atualmente a doente encontra-se totalmente dependente, a residir no domicílio, sem dores bem como com restantes sintomas bem controlados. O marido mantém-se empenhado nos cuidados, apesar de alienação dos filhos.

Discussão e conclusão: O Glioblastoma tem uma sobrevida aos 5 anos de 5%. CP adequados a doentes terminais neurológicos são fundamentais, sendo necessária maior investigação nesta área, para melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias. Em suma, o caso ilustra que uma boa orientação por CP pode aumentar a sobrevida e alerta para o risco de exaustão do cuidador.

P 23 Trabalho retirado

P 24

GESTÃO DA FERIDA MALIGNA: QUE INTERVENÇÕES PARA A ENFERMAGEM? – A PROPÓSITO DE UM ESTUDO DE CASO

Andreia Andrade
IPOCFG

Introdução: A abordagem de feridas malignas é ainda escassa na literatura existente. Assim, surgiu a necessidade de refletir sobre as práticas de enfermagem neste contexto

com vista melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e promover ganhos de saúde para os doentes. No presente caso visa-se identificar e refletir sobre as intervenções de enfermagem num doente portador de uma ferida maligna.

Objetivos: “Identificar as intervenções de enfermagem prestadas no cuidar de uma ferida maligna”

Metodologia: Estudo exploratório-descritivo, com amostragem intencional e recurso a um estudo de caso, através da análise retrospectiva de processo clínico de um doente. Os achados referem-se ao horizonte temporal do internamento do doente. Foi obtida a autorização do Conselho de Administração da Instituição para a realização do estudo.

Resultados: Homem de 58 anos com diagnóstico de carcinoma epidermoide localmente avançado na região sagrada. Dependente em grau elevado nas suas necessidades e com défice de conhecimento da sua situação. De acordo com os registos analisados os focos de atenção levantados prendem-se, essencialmente, com a dimensão física em detrimento das dimensões psicológica e espiritual.

Conclusões: As feridas malignas são lesões com características próprias com diversos sinais e sintomas não se podendo dissociar o sofrimento físico do sofrimento psíquico que estas feridas provocam. Revela-se essencial que os enfermeiros mudem a sua forma de atuação, com integração da filosofia de cuidados paliativos na sua prática, não esquecendo do papel ativo que o doente deverá ter nas decisões relativas ao tratamento.

P 25

BURNOUT EM ENFERMEIROS – DADOS PRELIMINARES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS E NUMA UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO

Vanessa Silva, Andreia Ramos
ASFE SAÚDE, Encarnação - Mafra

Introdução: A síndrome de burnout é uma realidade nas equipas de enfermagem, amplamente estudada ao nível das Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e emergente na área dos Cuidados Continuados Integrados. Evidência tem surgido na tentativa de avaliar a prevalência do burnout nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), mas pouco existe sobre as diferenças entre estes dois contextos. **Objetivo:** Avaliar qual a relação entre o exercício de enfermagem numa UCP e numa ULDM e os índices de burnout existentes, comparando os dois contextos avaliados.

Método: Os dados sociodemográficos e profissionais foram colhidos através de um questionário anónimo e voluntário. Os níveis de burnout foram estimados pelo Maslach Burnout Inventory. A amostra, não probabilística e por conveniência, foi constituída por 20 enfermeiros, sendo 75% do sexo feminino, com idade média entre os 31-35 anos e com uma média de 6.22 anos de exercício profissional. Da UCP contabilizaram-se 8 enfermeiros (72,7% da população total de enfermeiros da UCP) e da ULDM contaram-se 12 enfermeiros (cerca de 63,2% da sua população).

Resultados: Segundo os scores de Maslach para profissionais de saúde, observam-se 4 enfermeiros a sofrer da síndrome de burnout (1 enfermeiro da UCP e 3 enfermeiros da ULDM). Da amostra, 35% apresentam alto risco de burnout ao nível da exaustão emocional (apresentando um valor médio de 32.1), 40% no que concerne à despersonalização (valor médio de 14.3) e 50% evidenciam alto risco na realização pessoal e profissional (com va-

lor médio de 29.2). Particularizando, observamos que 12.5% da amostra da UCP apresenta alto risco de exaustão emocional, comparando com 50% da amostra da ULDM; ao nível da despersonalização, na UCP verifica-se que 37.5% dos enfermeiros avaliados apresenta alto risco de burnout, enquanto que na ULDM contabilizaram-se 41.7%; quanto à realização pessoal, 62.5% dos enfermeiros da UCP apresentam alto risco de sofrer desta síndrome, em contraste com os 41.7% da ULDM.

Conclusão: Os níveis de burnout são mais elevados nos enfermeiros da ULDM, possivelmente por estes estabelecerem relações de maior proximidade com as pessoas de quem cuidam (verificam-se internamentos mais prologados, em comparação com a UCP). Estes níveis podem também estar relacionados com o rácio mais baixo, o que potencia a frustração, por não poderem despender o tempo que consideram adequado para cuidar.

P 26

ATITUDES PERANTE A MORTE EM ENFERMEIROS DE ONCOLOGIA: ESTUDO DESCRITIVO

¹Nelson Jacinto Pais,

²Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira,

³Cristina Raquel Batista Costeira,

⁴Armando Manuel Marques Silva

¹IPOC, ²ESEnFC, ³IPOC, ⁴ESEnFC

Introdução: A especificidade do contexto de prestação de cuidados em oncologia leva a que os profissionais de enfermagem sejam confrontados com a morte regularmente. As vivências contribuem para que adquiram atitudes que interferem com os seus comportamentos e tomadas de decisões. Reconhece-se que a qualidade dos cuidados, em fim de vida, está relacionada de forma direta com as atitudes dos profissionais perante a morte. **Objetivos:** Caracterizar os enfermeiros do estudo e conhecer quais as atitudes destes perante a morte.

Método: Realização de estudo descritivo com enfermeiros de vários serviços de internamento de oncologia que aceitaram participar no estudo. Recorreu-se a um questionário constituído por dados sociodemográficos e escala Death Attitude Profile - Revised (DAP-R). Obtido consentimento informado aos participantes e solicitada autorização à comissão de ética da instituição onde se realizou o estudo. A análise estatística foi realizada com recurso à aplicação SPSS versão 24.

Resultados: A totalidade dos enfermeiros do estudo pertencem ao sexo feminino ($n=20$), com média de idade 42.65 ± 2.04 anos. 60% dos profissionais estadados já frequentou formação em paliativos e 45% possuem formação após licenciatura.

Os enfermeiros referem que num ano são confrontados com a morte numa média de 45.1 óbitos.

Os resultados obtidos pela aplicação da escala DAP-R sugerem que a idade interfere na dimensão “aceitação como escape” ($p=0.02$), quanto mais idade maior aceitação da morte como escape, não tendo sido encontrada correlação para as restantes dimensões: “medo”, “aproximação”, “evitamento” e “neutralidade”. Os enfermeiros com formação, após a licenciatura, apresentam para as atitudes de escape ($p=0.004$) e aproximação ($p=0.006$), perante a morte, uma atitude mais positiva.

Os enfermeiros que apresentam mais medo apresentam maior atitude de evitamento perante a morte ($p=0.001$).

Conclusão: O facto de os enfermeiros com mais formação apresentarem correlações mais positivas com atitudes perante a morte sugere a importância de formação nesta área dirigida aos enfermeiros. Reconhecesse que a formação interfere na forma como as atitudes são interpretadas, compreendidas analisadas e sujeitas a mudanças. O estudo apresenta como limitação o facto de existir uma amostra reduzida.

P 27

COPING COM A MORTE: ESTUDO DESCRITIVO COM ENFERMEIROS DE ONCOLOGIA

¹Nelson Jacinto Pais,

²Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira,

³Cristina Raquel Batista Costeira,

⁴Armando Manuel Marques Silva

¹IPOC, ²ESEnFC, ³IPOC, ⁴ESEnFC

Introdução: Os enfermeiros são quem tem mais contacto com as pessoas em fim de vida, principalmente em ambiente hospitalar na área da oncologia, pelo que são confrontados com os dilemas emocionais associados à morte. Torna-se imperioso conhecer o *coping* que estes profissionais adquirem relativamente à morte de outros e à sua própria morte.

Objetivos: Descrever amostra do estudo e as características do *coping* dos enfermeiros em oncologia perante a morte;

Método: Realização de estudo descritivo com enfermeiros de diversos serviços de internamento, que exerciam funções num instituto de oncologia da região centro. Utilizado questionário constituído por dados sociodemográficos e pela Escala de *Coping* Com a Morte - versão portuguesa. Obtido consentimento informado aos participantes e solicitada autorização à comissão de ética da instituição, onde se realizou o estudo. Os dados foram colhidos entre fevereiro e abril de 2018. A análise estatística foi realizada com recurso à aplicação SPSS versão 24.

Resultados: A amostra é constituída por 100% de enfermeiros do sexo feminino ($n=20$), com idades médias de 42.65 anos. 85% da amostra refere lidar bem com a morte, sendo que os 15% que referem não lidar bem com a morte dizem respeito a pessoas que nunca fizeram formação de cuidados paliativos ($p= 0.02$). Em média os enfermeiros referem que num período temporal de um ano são confrontados com a morte numa média de 45.1 óbitos/ano. 100% da amostra identifica-se como católica. 70% são casados ou em união de facto e tem

em média 19.63 anos de tempo de exercício profissional, quando confrontados sobre as estratégias que utilizam para lidar com emoções perante a morte n=7 não responderam. A maioria das respostas recaíram nos amigos, no diálogo, passeios e exercício físico. Os resultados evidenciaram que quanto mais *coping* com o próprio maior é o *coping* com o outro ($p < 0.00$) e que quanto mais idade maior o *coping* com o outro ($p = 0.04$).

Conclusão: A investigação possui uma amostra reduzida o que enfraquece os resultados, no entanto o presente trabalho constitui-se como estudo piloto, pois será efectuado uma segunda fase de investigação que realizará um estudo quasi-experimental que investigará o impacto de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros, com o objetivo de os dotar de estratégias de *coping* com o próprio perante situações de fim de vida.

P 28

A COMPAIXÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUTOS PARA UMA DEFINIÇÃO DO CONCEITO, EM ENFERMAGEM

Margarida Isabel Freitas Alvarenga,
Ana Paula dos Santos Jesus Marques França
Instituto Português de Oncologia Porto e Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP) Escola Superior de Enfermagem do Porto/Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP)

Introdução: A compaixão é um critério de qualidade dos cuidados de saúde em países como o Reino Unido e o Canadá. Apesar de acompanhar a enfermagem através da história, enquanto ciência e arte, pode ser relegada para segundo plano se não for completamente compreendida e for confundida com outros conceitos, como pena ou empatia.

Importa, então, perceber o real conceito que está na base do trabalho do enfermeiro, bem como o lugar que a compaixão ocupa na sua prática profissional.

Em Portugal, pouco tem sido dito e estudado acerca da compaixão em enfermagem. Foram desenvolvidas 3 dissertações de Mestrado em Enfermagem, uma das quais na área dos cuidados paliativos pediátricos, tendo surgido a inquietação de conhecer esta realidade no contexto de cuidados paliativos para adultos. Assim, foi levado a cabo um trabalho de pesquisa no âmbito dos cuidados paliativos de adultos, seguindo a mesma metodologia do efectuado na área dos cuidados paliativos pediátricos.

Objetivo: Analisar o conceito de compaixão subjacente à prática dos enfermeiros em cuidados paliativos.

Método: Partiu-se dos dois trabalhos de pesquisa em cuidados paliativos, pediátricos e de adultos, que seguiram uma metodologia qualitativa, exploratória, descritiva e transversal, tendo sido estruturadas com base nas oito etapas do método de análise conceptual de Walker e Avant (2005), e procedeu-se à sua análise conjunta.

Foram analisadas, de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin, as entrevistas semiestruturadas realizadas a 21 enfermeiros, seleccionados de forma não probabilística e intencional, com experiência de prestação de cuidados a pessoas com doença avançada, em serviços de pediatria e de adultos, cuidados de saúde primários e cuidados paliativos.

Resultados: Foram identificados três atributos do conceito, ter sentimentos e emoções; estabelecer uma relação de ajuda; fazer alguma coisa pelo outro, os seus antecedentes e as suas consequências, seleccionaram-se histórias de compaixão e de não compaixão, casos modelos e adicionais, conduzindo à proposta de alguns indicadores empíricos.

Conclusão: Este estudo permite uma definição concetual de compaixão, no contexto da enfermagem portuguesa, do ponto de vista

dos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos. Emergem a importância e relevância da compaixão em cuidados paliativos, que se repercute nos doentes e suas famílias através da humanização dos cuidados que são prestados, bem como no crescimento pessoal dos enfermeiros.

P 29

QUAL A EFICÁCIA E SEGURANÇA DO USO DOS CANABINÓIDES NO TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA? UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Sandra Esteves Oliveira, Pedro Fonte, Eliseo Martínez, Cristina Galvão
USF do Minho, ACeS Cávado I-Braga, Portugal
USF Alcaldes Faria, ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende, Barcelos, Portugal ECSCP Beja+, ULS-BA, Beja, Portugal

Introdução: O interesse pelo sistema endógeno de endocannabinóides no tratamento da dor tem sido crescente. Pensa-se que os cannabinóides reduzam a sensibilização das vias sensoriais nociceptivas e alterem o processamento cognitivo e autonómico na dor.

Objetivo: Avaliar o benefício dos cannabinóides no tratamento da dor crónica. Sumarizar os efeitos adversos.

Método: Pesquisa de meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS) e orientações clínicas nas bases de dados, *National Guideline Clearing House, National Institute for Health and Clinical Excellence, Canadian Medical Association Practice Guidelines*, Direção-Geral da Saúde, *International association for the study of pain, Cochrane, Pubmed, European Association for Palliative Care*. Pesquisa em abril de 2018 de artigos publicados nos últimos 5 anos, em português, espanhol ou inglês. Utilizaram-se os termos MeSH *chronic pain OR care palliative OR end of life care AND cannabinoids* e correspondentes DeCS. Foram incluídos indivíduos ≥ 18 anos, com dor crónica associada a doença incurável ou grave, em

estudos que compararam os cannabinóides vs. placebo/analgésicos não-cannabinóides e avaliaram a sua eficácia e os efeitos adversos. Foram excluídos estudos na dor aguda ou pós-operatória, artigos de opinião e revisões clássicas. Utilizou-se a escala SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*), da *American Academy of Family Physicians* para atribuir os níveis de evidência e força de recomendação. **Resultados:** Dos 21 estudos obtidos, 10 cumpriram os critérios de inclusão. Após leitura sistemática, 3 RS foram excluídas por serem compostas por estudos já incluídos noutras RS/MA mais abrangentes. Assim, foram analisadas 2 RS, 3 MA e 2 orientações.

Conclusão: A qualidade da evidência da maioria dos estudos é baixa, apresentando resultados com efeitos modestos (SORT B). Os cannabinóides estão associados a melhoria da dor, mas não de forma estatisticamente significativa em todos os estudos. Os efeitos adversos são múltiplos, mas ligeiros e de curta duração. São necessários estudos de maiores dimensões, com metodologia mais homogénea, que explorem os efeitos adversos a longo prazo.

P 30

CHRISTIAN PASTORAL CARERS GROWING COMPASSIONATE COMMUNITIES

Kevin Kerr, Sérgio Dâmaso, Maria Colimão
Liberty Christian Ministries St Christophers Hospice
Royal Trinity Hospice

Background: *Christian pastoral care is a broad concept that embraces a wide variety of activities to support one another, inside and outside of church environment, expressing compassion and commitment to love others as God loves us. It may include active listening, encouraging, practical help and spiritual support. Compassionate communities help us to connect with people at their end of life and shift the way society thinks about dying by*

enhancing capacity to reach out to others in need. Families, neighbours, friends, workplaces, schools, businesses, and places of worship become sites for genuine support, care, information, networking, and greater learning about end of life care.

Aim: *Identify motivations and values that promote local Christian pastoral care communities to support people at their end of life.*

Methods: *Ethnographic participative study where 15 members of a pastoral care team were provided with education and recruited as volunteers by a local hospice. Individuals were interviewed expressing their motivation and opinions.*

Results: *Participants relate their own personal motivations with Christian values within their faith and way of living. There is an altruistic and genuine purpose of loving others the same way that Christ loved them. Pastoral carers (PC) firmly believe that supporting people at their end of promotes reconciliation with God before death, preventing spiritual distress and suffering. Furthermore, they find meaning in supporting people at different levels (physical, social, psychological) promoting spiritual wellbeing. PC are committed with regular hospital, hospice and domiciliary visitation, have certified training hospitality and general care, counselling and listening, bereavement and long-term sickness support. PC consider spirituality a deeply personal and unique part of a person's life. Christian values considered by PC include unconditional love for people, spiritual gifts of service, helps, ministering to others. Local social deprivation drives Christian PCs to act and make a difference while empower local residents, impact on social mobility, promote spiritual development and grow wholesome relationships within the local population without prejudice.*

Conclusion: *Christian PC communities are naturally committed in helping and loving others*

and local churches appear as organisations with a very relevant environment where to grow and develop future compassionate communities to support people at their end of life.

P 31

INTERVENÇÃO NO SOFRIMENTO EXISTENCIAL – A PROPÓSITO DE UM ESTUDO DE CASO

Rita Santos Silva¹, Ana Filipa Guedes¹, Ana Luisa Gonçalves¹, Susana Rocha²

¹Enfermeiras, Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, Hospital da Luz-Lisboa, ²Mestranda de Cuidados Paliativos, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Enfermeira Hospital distrital da Guarda

Introdução: Os autores apresentam um caso clínico de uma cliente de 59 anos com diagnóstico de doença incurável, progressiva e incurável, com necessidades espirituais passíveis de ser atendidas.

Os profissionais de saúde reconhecem a importância da dimensão espiritual no cuidar de doentes paliativos, no entanto existe ainda algum receio e medo em lidar com as questões espirituais. A espiritualidade deve ser vista como fonte de força, conforto e fé e que, quando acompanhada pelos profissionais de saúde, é cultivada, contribuindo para melhorar o seu bem-estar e aceitar o processo de finitude dos doentes. Constituem necessidades espirituais, o perdão, o amor, a crença, a fé e a promoção da esperança, as quais devem ser atendidas utilizando intervenções adequadas a cada pessoa.

Objetivos: Descrição de um caso clínico no qual foram implementadas intervenções promotoras de esperança, intervindo ativamente no sofrimento existencial.

Método: Como metodologia foi utilizado o estudo de caso.

Resultados: Apesar da existência de um diagnóstico de doença incurável, avançada e progressiva, através das intervenções promotoras de esperança foi possível realizar atividades que permitiram o envolvimento da

doente e família no encontro do sentido para a vida. O enfermeiro constitui-se um elemento crucial e essencial na reconstrução e manutenção constante de esperança perante a proximidade da morte.

Conclusão: Intervir ativamente no sofrimento existencial, é um dever de todos os profissionais de saúde, salvaguardando a vida, a integridade física e espiritual.

Este caso clínico corrobora que em cuidados paliativos a esperança na cura pode viver-se em simultâneo com outros “foccus” de esperança, tais como, o focar-se mais no “eu”, nas relações com os outros e na relação com Deus ou com um ente superior. A comunicação baseada na completa divulgação da informação junto dos doentes obriga à honestidade, mas também à promoção de uma esperança realista.

A prática de enfermagem humanizada, científica e holística exige conhecimento e respeito pelo crescimento e desenvolvimento da pessoa ao longo do seu ciclo vital.

A promoção de esperança é assim, uma intervenção desafiante e de máxima importância no cuidar em fim de vida, harmonizando no doente um sentido de bem-estar e sentido de vida profundo.

P 32

IMPACTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA PERFORMANCE STATUS – ESTUDO OBSERVACIONAL PROSPETIVO

Joana Liz Pimenta, Alexandra Pires, Cláudia Barros, Iva Sousa, Anabela Morais
Serviço de Medicina Paliativa do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: De acordo com a Organização Mundial de Saúde os Cuidados Paliativos (CP) compreendem cuidados que visam otimizar a qualidade de vida do doente e seus cuidadores, para minorar o sofrimento, através da identificação e gestão rigorosa dos problemas. A avaliação do *Performance Status* dos doentes tem

assim um papel primordial na procura para atingir esse objetivo. A classificação da funcionalidade faz-se através de várias escalas já validadas, sendo as mais comumente usadas, a *Palliative Performance Scale* (PPS), a *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) e a *Karnofsky Performance Status Scale* (KPSS). Esta caracterização, o mais precisa possível, dá informação quanto à qualidade de vida e prognóstico do doente, o que permite compreender o doente e seu contexto bem como avaliar a progressão da doença ao longo do tempo.

Objetivos: Avaliar o impacto da consulta de cuidados paliativos na *Performance status* do doente paliativo.

Métodos: Colheita prospetiva de dados referentes a todos os doentes seguidos numa consulta de cuidados paliativos num centro hospitalar durante um período de 26 meses. Os dados foram colhidos sistematicamente pela equipa de enfermagem, privilegiando-se a informação fornecida pelo próprio.

Resultados: O período de tempo analisado foi de fevereiro de 2016 a abril de 2018. A consulta realiza-se em 3 unidades hospitalares distintas do centro hospitalar. Foi analisada uma amostra de 363 doentes, a maioria idosos e com patologia do foro oncológico em fase terminal. Doentes com apenas 1 consulta foram excluídos. Constatou-se uma melhoria significativa do controlo sintomático, contudo sem uma variância estatisticamente significativa do *performance status* entre a 1ª e a última consulta.

Conclusão: A amostra reflete a população de doentes que predominante é referenciada aos CP, na qual predominam doentes de foro oncológico. Evidência também que globalmente estes doentes são referenciados muito tardiamente às equipas de CP, comprometendo desta forma os benefícios passíveis de serem obtidos com estes cuidados. Constatou-se que o tempo de seguimento mé-

dio em consulta foi curto, traduzindo a proximidade ao fim de vida à data da referenciação. Apesar destes condicionalismos, constata-se haver claro benefício no seguimento em consulta de CP com eficaz controlo sintomático mesmo nos doentes em fim de vida.

P 33

A RELEVÂNCIA DA CONFERÊNCIA FAMILIAR EM CONTEXTO HOSPITALAR – REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Santos¹, Carina Vieira¹, Luísa Barreto¹, Tânia Costa¹, Tiago Sousa¹, Patrícia Coelho²

¹Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, ²Docente da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doutora em Enfermagem.

Introdução: O sucesso dos cuidados prestados e a satisfação dos doentes e famílias dependem em grande parte do tipo de apoio que a equipa é capaz de prestar. Desta forma, surge como ferramenta essencial e diferenciadora, a realização de Conferências Familiares (CFs) que é uma ferramenta de intervenção estruturada na família, para ser aplicada na tentativa de resolução de situações mais complexas.

Objetivo: Identificar a relevância das conferências familiares no contexto hospitalar e papel da enfermagem.

Materiais e métodos: Realizou-se busca nas bases de dados EBSCO, CINAHL, Science Direct, Medline, SciELO e PubMed. A seleção ocorreu a partir das palavras-chave: “conferência familiar” e “enfermagem”. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: “conferência familiar” no título do artigo, e “enfermagem” teria de constar no texto, tendo os artigos que abordar a temática proposta, estando estes disponíveis na íntegra na língua portuguesa e/ou inglesa e publicados entre os anos de 2007 e 2017.

Resultados: Constatamos que as principais razões que conduziam à realização da CF eram

pedidos de cuidadores informais, de doentes em fase terminal sobre a sua situação clínica ou, o esclarecimento sobre a sedação terminal quando proposta. No entanto, além das razões enunciadas no contexto paliativo, as principais preocupações da família, eram aspetos como: dor, necessidades físicas e médicas, planeamento de cuidados em fim de vida, nutrição e hidratação. Quando questionada a equipa de enfermagem sobre as CFs e a sua importância, a maioria dos enfermeiros considerou que era importante participar nas conferências familiares, identificando a carga de trabalho como uma entrave à sua realização. Os enfermeiros reconheceram o seu papel e a sua relevância, contribuindo verbalmente com 4,6% para o discurso geral na conferência familiar.

Conclusão: A CF fornece um suporte importante para a família expressar as suas preocupações. Um dos objetivos das CFs é encontrar as dificuldades que possam existir de modo a trabalhá-las, resolvê-las ou melhorá-las para que independentemente, da fase ou estágio em que o doente se encontre, seja possível planejar os melhores cuidados para este, com o intuito de igualmente prevenir a exaustão do cuidador. Para tal, são discutidos aspetos relacionados com tratamentos, prognósticos e recomendações, necessidades do doente e dos cuidadores, preferências dos mesmos, planos de alta e problemas do fim de vida.

P 34

QUAIS SÃO OS TEMAS EMERGENTES ABORDADOS DURANTE A CONFERÊNCIA FAMILIAR?

Vanessa Nobre, Paulo Pina, Rita Barros
Hospital do Mar Cuidados Especializados de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Hospital do Mar Cuidados Especializados de Lisboa

Introdução: A Conferência Familiar (CF) é cada vez mais utilizada pelas equipas de Cuidados Paliativos (CP) exigindo um rigor técnico-científico, de forma a incorporar esta inter-

venção no plano individual de cuidados (PIC).

Objetivo: Verificar os principais conteúdos das CF realizadas numa Unidade de Cuidados Paliativos.

Método: Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, observacional. Os critérios de inclusão foram: relatórios completos de CF; de doentes com necessidades paliativas; com internamentos em 2016. Para identificar as necessidades paliativas foi adaptada a *Supportive and Palliative Care indicators tool* (SPICCTM). Os dados qualitativos das CF foram submetidos a uma “análise de conteúdo” tendo como referência a “teoria ancorada”.

Resultado: Nas 65 CF houve 3 temáticas emergentes: Transmissão das necessidades identificadas pela equipa multidisciplinar; Apresentação e consensualização do plano definido pela equipa multidisciplinar; Apoio à Família.

Conclusão: A realização da CF permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente e à família a 3 níveis: apresentação e consensualização do plano (PIC), transmissão de informação das necessidades identificadas e apoio à família. Este estudo vem reforçar que a CF é um instrumento transversal e útil na prática clínica com diversas abordagens e perspetivas de atuação, assumindo-se como uma estratégia de gestão eficaz no planeamento de cuidados em CP, sendo uma mais-valia para a equipa-doente-família.

P 35

PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE DOENTES E FAMILIARES EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIÁRIOS

Pedro L. Ferreira¹, Maja de Brito², Duarte Soares³, Vera P. Sarmento⁴, Jacinta Fernandes⁵,

Liseta Gonçalves⁶, Elsa Rodrigues⁷, Barbara Gomes⁸

¹*Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC); Faculdade de*

Economia da Universidade de Coimbra, ²King's College London, Cicely Saunders Institute, ³Unidade

Local de Saúde do Nordeste – ULSNE, Hospital de Bragança, Departamento de Cuidados Paliativos,

⁴Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, Serviço de Medicina 2, ⁵Unidade Local de Saúde do Nordeste –

ULSNE, Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos - Planalto Mirandês, ⁶Unidade Local de Saúde do

Nordeste – ULSNE, Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos – Terra Fria, ⁷Unidade Local de Saúde de

Matosinhos – ULSM, Equipa de Cuidados Paliativos, ⁸Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina

Introdução: Os doentes e familiares em cuidados paliativos são populações especialmente vulneráveis em que a perceção do estado de saúde e a qualidade de vida desempenham um papel muito relevante.

Objetivo: Descrever os resultados obtidos num estudo envolvendo doentes e familiares seguidos por equipas de cuidados paliativos domiciliários de áreas urbanas e rurais.

Método: A perceção do estado de saúde e qualidade de vida dos doentes e familiares foi medida através das versões portuguesas do POS (*Palliative Outcome Scale*) e de EQ-5D-3L (dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão). O estado funcional dos doentes foi avaliado pelos entrevistadores através do PPS (*Palliative Performance Scale*). Dados sociodemográficos e clínicos foram também recolhidos.

Resultados: 55% dos doentes (n=100) eram do sexo masculino, 84% dos familiares (cuidadores principais) eram do sexo feminino. Os doentes apresentavam uma mediana de idade de 75

anos, os familiares eram cerca de 15 anos mais jovens. Com base nas respostas POS, 47% dos doentes, nos últimos 3 dias, não tinham tido dores ou estas apenas os afetavam ligeiramente. Um terço não se sentia afetado por mais nenhum sintoma, embora 22% se sentissem afetados bastantemente ou horrivelmente.

Praticamente metade dos doentes, nos 3 dias anteriores, tinha conseguido partilhar com família ou amigos o modo como se sentiam, tanto quanto queriam, e tinham sempre sentido que a vida era importante. O valor PPS mediano foi de 45% (100%: melhor estado funcional).

Relativamente à qualidade de vida em geral, 44% dos doentes estavam confinados à cama, 49% não conseguiam lavar ou vestir-se sozinhos, 68% não conseguiam realizar as suas atividades habituais, 18% sentiam dores/mal-estar extremos e a mesma percentagem estava extremamente ansiosa/deprimida. 27% dos familiares tinham alguma dificuldade em se moverem, 4% em se lavarem ou vestirem sozinhos, 14% em realizarem as suas atividades habituais, 39% sentiam dores/mal-estar moderado ou extremo e 43% estavam moderada ou extremamente ansiosos/deprimidos.

Conclusão: Os resultados revelam a necessidade das equipas recolherem de forma sistemática e integrada na prática clínica, as perceções do estado de saúde e da qualidade de vida dos doentes e familiares, contribuindo assim para melhores tomadas de decisão e cuidados centrados nos utentes.

P 36

E SE FOSSE CONSIGO? ESTUDO DE CASO DE UMA DOENTE COM ASTROCITOMA DIFUSO

Joana Pinto, Edna Pinto, Francisco Cruz, Hugo Lucas
Instituto S. João de Deus, Clínica S. João de Ávila

Introdução: A neurofibromatose do tipo 1 (NF 1) é uma doença autossómica dominante, caracterizada por uma malformação que afeta estruturas de origem ectodérmica, como o

sistema nervoso (SN), globo ocular e pele. As manifestações iniciam-se na infância (manchas café com leite e neurofibromas cutâneos), progredindo na idade adulta para neoplasias do SN. Os neurofibromas que podem evoluir para neoplasias da bainha de nervos periféricos, gliomas do nervo óptico e astrocitomas. A maioria situa-se na substância branca, envolvendo os tálamos, o tronco cerebral e a medula espinhal. Os astrocitomas dividem-se em difuso (AD), baixo grau (grau II); anaplásico (grau III); e glioblastoma multiforme (grau IV). Os AD são os tumores intracranianos mais frequentes, com mau prognóstico, dado o caráter infiltrativo, que impede a remoção cirúrgica completa, sendo a sobrevida destes doentes superior a 5 anos. Pela progressão da doença, verifica-se perda da autonomia, da acuidade cognitiva e da capacidade de satisfação das atividades de vida diária (AVD). **Objetivos:** Analisar o dilema ético, numa doente com NF1 e AD e sem via oral, face à tomada de decisão de não alimentação e hidratação VS entubação e manutenção de sonda nasogástrica como via de alimentação e hidratação. Refletir sobre os critérios ético-clínicos de tomada de decisão numa equipa de cuidados paliativos (CP).

Método: Estudo de caso, retrospectivo e descritivo, com análise do processo clínico.

Resultados: doente de 35 anos com diagnóstico de NF1 e AD, que à admissão detinha um Glasgow de 8, sem via oral há 2 dias. Família consciente do diagnóstico, porém sem perceção do prognóstico. De notar a existência de 2 filhos que não tinham relação com a mãe há mais de 4 meses. Identificou-se um dilema ético de ação na equipa quanto à alimentação e hidratação, de modo a permitir a adaptação familiar à situação, pelo que, foi pedido parecer à comissão ética. A doente foi alimentada e hidratada, via SNG, permitindo o ajuste de expectativas face ao prognóstico, melhoria da

vida de relação, com resposta verbal simples, (impacto nos filhos). Veio a falecer 182 dias após a admissão.

Conclusões: Verifica-se que estes temas são dilemas ético-clínicos em CP, que devem ser alvo de uma análise baseada na visão holística da pessoa e família, respeitando os princípios da Bioética.

P 37

COGNITIVE IMPAIRMENT: THE MAIN ETHICAL ISSUE AND CHALLENGE OF OUTCOME MEASUREMENT IN PALLIATIVE CARE. A SYSTEMATIC REVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS

Pablo Hernández-Marrero^{1,2,3},
Sandra Martins Pereira^{1,2,3}

¹Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal, ²UNESCO Chair in Bioethics, Institute of Bioethics, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal, ³CEGE: Centro de Estudos em Gestão e Economia, Porto Católica Business School, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal

On behalf of InPallin and Subproject ETHICS II of Project ENSURE

Introduction: Several outcome measures have been systematically implemented to be used in palliative care. However, routine use in clinical practice is not without ethical issues and challenges, which are not commonly addressed.

Objectives: To identify the ethical issues and challenges of outcome measurement in palliative care and to understand how these ethical issues and challenges are addressed in palliative care clinical practice.

Methods: A systematic review of systematic reviews, which is a type of review that brings together a summary of reviews in one place. A systematic review of systematic reviews is a logical and appropriate approach that allows the findings of separate reviews to be compared and contrasted, providing relevant information on the topic of interest. It is sui-

table for describing the quality, discerning the heterogeneity, and identifying lacunas in the current evidence, since it synthesizes evidence from relevant previous systematic reviews. Several systematic reviews have already been published about outcome measurement in palliative and end of life care. Thus, it was appropriate to analyse and synthesize the evidence from these existing reviews with respect to our objectives.

We searched PubMed, Web of Science, EBS-COhost searching CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, from inception to January 2018. Search terms: “outcome” AND “palliative care” AND “systematic review”. PRISMA guidelines were followed. The methodological quality of the systematic reviews was assessed using the AMSTAR tool.

Results: 149 articles screened; two articles were included for analysis. The main ethical issue and challenge identified in these two reviews was cognitive impairment, particularly in patients with dementia. This challenge was addressed via proxy (family carers or health professionals) reporting outcome measurement.

Conclusions: Ethical issues and challenges are poorly addressed in the systematic reviews about outcome measurement in palliative care. Only two systematic reviews addressed ethical issues and challenges, namely cognitive impairment, particularly in persons with dementia. Further research is needed on this subject and to foster the use of outcome measurement among this vulnerable group of patients.

P 38

HIPERATIVIDADE SIMPÁTICA PAROXÍSTICA – ABORDAGEM EM FIM DE VIDA

Sara Fonseca¹, Cláudia Melo^{1,2}, Inês Alves^{1,3},
Maria João Gil-da-Costa^{1,3}, Ana Fernandes^{1,3}

¹Hospital Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar São João, ²Unidade de Neuropediatria, Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar São João, ³Unidade de Hematologia-Oncologia, Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar São João

Introdução: Qualquer dano cerebral, incluindo neoplasia intracraniana, pode motivar o aparecimento de hiperatividade simpática paroxística, com aumento paroxístico simultâneo da atividade simpática e motora. A abordagem terapêutica ideal e a intervenção de âmbito paliativo nestes doentes mantêm-se em discussão e não estão ainda definidas.

Objetivo: Valorizar o reconhecimento desta entidade em doentes pediátricos com tumores cerebrais em fase avançada para adequar os cuidados de fim de vida.

Caso Clínico: Menina falecida aos 5 anos a quem foi diagnosticado 3 anos antes ependimoma não anaplásico da fossa posterior (OMS grau II) não metastático. Submetida a cirurgia, quimio e radioterapia. Dezoito meses após diagnóstico, estando assintomática, detetada recidiva local e submetida a nova cirurgia e radioterapia. Quatro meses após conclusão da re-irradiação, detetada segunda recaída local e metástase única intraventricular; submetida a exérese da lesão primária e metástase, com posterior colocação de válvula ventrículo-peritoneal por hidrocefalia. Após cerca de 4 semanas, por agravamento clínico, com sonolência, disartria, ataxia, dismetria e sintomas de hipertensão intracraniana, diagnosticada franca progressão tumoral com múltiplas lesões cerebrais. Instituída corticoterapia e analgesia com morfina. Nessa fase os pais optaram por cuidados em casa e apoio domiciliário. Nas 2 últimas semanas de vida verificado agravamento da espasticidade e aparecimento de dor neuro-

pática melhorada com incremento gradual da dose de gabapentina. Posteriormente surgiram espasmos no hemicorpo direito alternados com episódios paroxísticos de hipertonicidade, diaforese, taquicardia, taquipneia, hipertensão e rubor facial com duração variável de segundos a breves minutos, sem alteração de consciência, causadores de grande angústia aos pais. Este quadro foi compatível com síndrome de hiperatividade simpática paroxística e foi explicado o porquê dos episódios. Otimizada terapêutica, oral, com aumento da dose de morfina e gabapentina e iniciado diazepam com melhoria da dor neuropática e episódios de disautonomia. Deteriorização progressiva do estado de consciência com morte em casa rodeada de familiares.

Conclusão: O caso ilustra a importância de, em doentes pediátricos com tumores cerebrais com crescimento rápido, pensar na possibilidade de ocorrer hiperatividade simpática paroxística para adequados cuidados antecipatórios, incluindo informação aos cuidadores e apropriado controlo sintomático.

P 39

A VIVÊNCIA DO LUTO PELOS MÉDICOS DE FAMÍLIA – UM ESTUDO QUALITATIVO

Luisa Pires

USF Monte Pedral - ACES Lisboa Central

Resumo: Os médicos de família (MF) seguem os utentes desde o nascimento até à morte. A prestação de cuidados de saúde holísticos engloba o acompanhamento dos utentes em fim de vida pelo que o MF é responsável por ações paliativas. O luto é uma resposta natural, adaptativa e necessária a uma perda. A vivência do luto dos MF pelos seus doentes é pouco conhecida bem como as repercussões que esses sentimentos têm no acompanhamento dos familiares enlutados que os MF continuam a seguir.

Os objetivos deste trabalho são compreender

a forma como os MF vivenciam a notícia da morte dos seus doentes e qual a interferência desta perda na relação médico-doente com os familiares enlutados.

Foi realizado um estudo qualitativo através de entrevistas semi-estruturadas a uma amostra de onze MF. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra sendo posteriormente realizada a análise de conteúdo segundo Bardin.

Os MF experienciam vários sentimentos quando recebem a notícia do falecimento dos seus doentes, a maioria deles negativos. Estes sentimentos são diferentes consoante o médico está perante uma morte expectável e/ou de um doente paliativo ou perante uma morte não expectável e/ou de um doente jovem ou numa situação aguda.

Perante uma morte expectável, os médicos experienciam sentimentos negativos como a tristeza, a incerteza e o isolamento. Como sentimentos positivos os médicos referem sentir aceitação pela perda, empatia pela família enlutada e alívio pelo fim do sofrimento do doente. Quando estão perante uma morte não expectável, os médicos experienciam maioritariamente sintomas negativos como o choque, a surpresa, a incerteza, a impotência, a descrença, a negação e a angústia. Os médicos sentem, como principal reação vivencial positiva, empatia pelo sofrimento dos familiares enlutados dado a imprevisibilidade do acontecimento vivido.

Naqueles doentes em que a relação médico-doente é mais próxima, os médicos sentem a perda de forma mais intensa.

Perante os familiares enlutados os MF têm uma postura ativa que se manifesta por uma maior disponibilidade e acessibilidade às consultas, apoio, acompanhamento, empatia. Estas reações positivas vão contribuir, na maioria dos casos para uma relação médico-doente mais próxima.

Conclui-se que o processo de luto do MF não é diferente do processo de luto de um familiar. O médico é humano e também sente a perda. As atitudes para com os familiares são predominantemente ativas e a relação médico-doente fica fortalecida.

P 42

NECESSIDADES PALIATIVAS EM UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO

Sérgio Amadeu, Elsa Mourão, Andreia Ramos
Naturidade ASFE Saúde

Introdução: As Unidades de Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (ULDM-RNCCI) têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência e visam responder a doentes com processos crónicos com diferentes graus de dependência e níveis de complexidade e que não possam ou não devam ser cuidados no domicílio.

O Plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos propõe que todas as pessoas com doenças graves e ameaçadoras da vida, independentemente do seu diagnóstico, idade e onde quer que se encontrem tenham acesso a uma efetiva abordagem paliativa pelo que é importante estimar as Necessidades Paliativas (NP).

Na literatura existem diversas formas de estimar as NP. Em 2014, Gómez-Batiste et al. determinaram pela primeira vez as NP de doentes com doenças crónicas avançadas de toda uma região geográfica usando como recurso o NECPAL COOMS-ICO© (NECPAL).

Os autores admitem que as NP da população de doentes em ULDM devem ser elevadas. A investigação internacional confirma-o e sugere prevalências que rondam os 70%.

Objetivo: Determinar a prevalência de NP em doentes admitidos em 2 ULDM-RNCCI através da aplicação do NECPAL;

Métodos: Estudo Observacional, transversal, quantitativo, multicêntrico. A amostra corresponde ao total da população adulta (> 18 anos) admitida em 2 ULDM-RNCCI (Unidades A e B) na ARS-LVT num dia predeterminado do primeiro trimestre de 2018. Foram incluídos 134 doentes na amostra. Foi aplicado o instrumento NECPAL COOMS-ICO© versão 3.0. Os autores aplicaram o instrumento com o apoio de profissionais das ULDM. A pergunta surpresa foi colocada ao clínico responsável pelo doente sempre que possível. Os dados foram registados e tratados em *Excel*®.

Resultados: A média de idades foi de 73.7 anos. 46% doentes do sexo masculino e 54% do feminino. Apurou-se uma prevalência de 44.8% de doentes com NP no total da amostra.

Conclusão: O valor encontrado está abaixo do esperado. Os autores admitem que as NP tenham sido sub-valorizadas. O instrumento NECPAL, sendo multi-dimensional e tendo uma componente subjectiva, permite-o. A falta de formação básica em Cuidados Paliativos e a in experiência em colocar a “pergunta surpresa” poderão ter dificultado a identificação de doentes que beneficiariam de uma abordagem paliativa. Os autores propõe-se continuar o estudo, reaplicando no futuro o instrumento nas mesmas unidades após fazerem formação às respetivas equipas.

Organização



Co-Organização



Sponsors



Secretariado
ad medic⁺

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: ana.montes@admedic.pt | www.admedic.pt



#APCP18