

**16 Set
2023**

**Fundação Dr. António
Cupertino de Miranda,
Porto**

V Jornadas do Núcleo de Estudos Medicina Paliativa

**“OUT-OF-THE-BOX” EM
CUIDADOS PALIATIVOS II**

PROGRAMA CIENTÍFICO



**Aceder ao programa
com resumos dos trabalhos**

V Jornadas do Núcleo de Estudos Medicina Paliativa

Programa Científico

16 SETEMBRO 2023 SÁBADO

09:00h Abertura do Secretariado

10:00-10:30h **Sessão de Abertura**

10:30-11:30h **Dedic(arte)**

Moderadora: Dra. Isabel Costa

O poder da arte na Medicina

Dra. Helena Homem de Melo

Musicofilia – A história de amor entre o cérebro humano e a música

Dra. Inês Homem de Melo

Musicoterapia em Cuidados Paliativos

Dra. Diana Cangueiro

11:30-11:45h Coffee-break

11:45-12:30h **Humaniz(arte) e exerciz(arte)**

Moderadora: Dra. Elga Freire

Abordagens inseridas na comunidade e o papel das associações de doentes

Terapeuta Margarida Oliveira e Terapeuta Filipe Gonçalves

A arte de cuidar personalizadas

Dra. Ana Luísa Correia

12:30-13:00h **Experienci(arte)**

Moderadora: Dra. Carolina Monteiro

Experiências de fim de vida – Revisão sistemática da literatura

Dra. Manuela Bertão e Dra. Úrsula Dalcolmo

“OUT-OF-THE-BOX” EM CUIDADOS PALIATIVOS II

13:00-14:30h Almoço

14:30-15:30h **Apresent(arte)**

Moderadores: Dr. Hugo Oliveira e Dra. Conceição Pires

Comunicações Orais: CO 01 – CO 05

15:30-16:15h **Espiritualiz(arte)**

Moderadora: Dra. Maria Manuel Lopes

Ciência e espiritualidade no contexto de Cuidados Paliativos
Dr. Luís Portela

16:15-16:30h Coffee-break

16:30-18:00h **Workshop Comunic(arte): Medicina narrativa**

Formadoras: Profa. Doutora Susana Magalhães e Dra. Manuela Bertão

18:00h **Sessão de Encerramento**

V Jornadas do Núcleo de Estudos Medicina Paliativa

Resumos Comunicações Orais

CO 01

A IMPORTÂNCIA DE UMA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS – CASUÍSTICA DE 1 ANO

Renata Sofia Neves Violante Silva; Iva Sousa; Cláudia Barros; Bárbara Costa; Rita Queiroz Rodrigues; Márcia Souto; Anabela Morais
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: As equipas intra-hospitalares de suporte de cuidados paliativos (EIHSCP) têm como função primordial prestar aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos aos profissionais de outros serviços hospitalares, após a sua solicitação. Perspetiva uma intervenção multidisciplinar e integrada, envolvendo os responsáveis clínicos pelo internamento do doente. Pode, no entanto, ter uma prestação direta de cuidados, se tal for considerada imprescindível e essencial ao doente.

Objetivo: Realizar uma análise descritiva da atividade assistencial da EIHSCP efetuada durante um período de 12 meses.

Metodologia: Estudo retrospectivo e observacional dos doentes referenciados à EIHSCP entre janeiro e dezembro de 2022. Foi recolhida informação pgressa com base nos dados recolhidos pela EIHSCP e posterior consulta do processo clínico. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva.

Resultados: Em 2022 houve referenciação de

557 doentes à EIHSCP, com idade média de 76.7 anos. Duzentos e vinte e nove eram homens (54.8%). A demora média desde a admissão hospitalar à referenciação foi de 9.4 dias, tendo variado entre os zero e 141 dias. A primeira observação pela EIHSCP teve uma demora média de 1.34 dias após o pedido de colaboração. Dos doentes observados, 330 eram oncológicos e apresentavam uma ECOG média de 3.5 e PPS de 31%. Dos serviços que mais referenciaram doentes à nossa equipa destacam-se a Medicina Interna, Pneumologia e Oncologia. A dor (182 doentes, 32.7%) e a dispneia foram os sintomas mais prevalentes na primeira observação, seguidos da astenia e da anorexia. A reavaliação efetuada às 72horas, em 147 doentes com dor, mostrou o controlo da dor em 141 (97.3%), verificando-se o não controlo eficaz da dor em 4 doentes (2.7%). Nos restantes 35 doentes com dor, a reavaliação não foi possível ser realizada por transferência para a Unidade de Cuidados Paliativos (n = 11), por alta hospitalar (n = 8) ou por óbito (n = 16) antes deste período de tempo. Noventa e três doentes foram referenciados para cuidados de fim de vida. Dos doentes observados pela EIHSCP durante este período, 125 foram transferidos para o serviço de medicina paliativa, 177 tiveram alta para o domicílio e 217 acabaram por falecer durante o internamento.

Conclusões: Perspetivando cuidados indivi-

dualizados, integrados e centrados no doente, a EIHSCP é um veículo facilitador de coordenação de competências entre os profissionais de saúde bem como de empoderamento do doente. A gestão da intervenção clínica integrada possibilita a promoção da qualidade de vida do doente, o exercício da sua autonomia, a adequação comunicacional entre profissionais/doente/ família, bem como uma gestão mais sustentável dos recursos.

CO 02

NECESSIDADES PALIATIVAS NUMA LISTA DE UTENTES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DE UM CENTRO URBANO

Diana Rodrigues Pacheco; Eliana Frias; Teresa Carneiro; Ilda Gonçalves; Céu Rocha
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: Portugal tem dos maiores índices de esperança média de vida, mas com o menor índice de anos de vida saudável, pelo que as necessidades paliativas (NP) deverão estar previsivelmente a aumentar. Os doentes com NP estão nos hospitais, nas unidades de cuidados continuados, mas sobretudo na comunidade, pelo que os cuidados de saúde primários (CSP) estão na melhor posição para identificar doentes com NP. Não se conhecem, até à data, estudos nacionais sobre NP no âmbito dos CSP.

Objetivos: Avaliar as necessidades paliativas numa lista de utentes de uma Unidade de Saúde Familiar de um centro urbano.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal, com análise de utentes com idade igual ou superior a 65 anos através da aplicação da versão portuguesa da escala *Supportive AND Palliative Care Indicators Tool* (SPICT-PTTM) e da colheita de dados socio-demográficos.

Resultados e conclusões: Incluíram-se 188 utentes com uma mediana de idades de $74,5 \pm 7,5$ anos, sendo 56,9% do sexo mas-

culino. Da população em estudo, 50 utentes (26,5%) apresentavam NP. A idade média dos utentes SPICT-PTTM-positivos foi significativamente superior (80,0 vs 71,5 $p < 0,001$), sem diferenças entre géneros ($p = 0,249$). A doença cardiovascular foi a principal doença de base em ambos os grupos. A segunda condição nos utentes SPICT-PTTM-positivos foi a doença oncológica.

Não se encontrou associação entre um score positivo e grupos específicos de doenças. 11 utentes (5,9%) estavam institucionalizados e destes, 63,66% eram SPICT-PTTM-positivos. Entre os não institucionalizados 26,3% eram SPICT-PTTM-positivos. Os utentes SPICT-PTTM-positivos são significativamente mais dependentes ($p < 0,001$). Da análise dos utentes SPICT-PTTM-positivos, observamos como indicadores gerais mais frequentes: “depende de outros nos cuidados pessoais devido a problemas de saúde físicos e/ou mentais” (84%) e “sintomas persistentes, apesar do tratamento otimizado para as doenças de base” (68%). A menor prevalência foi do critério referente à solicitação de cuidados paliativos pelo doente ou familiar (10%). Em relação aos indicadores específicos, os mais frequentes foram “incapacidade em manter interação verbal; pouca interação social” (58%) e “incontinência fecal ou urinária” (50%).

Este estudo ilustra uma elevada prevalência de utentes com NP na comunidade, identificados pela escala SPICT-PTTM. A intervenção dos CSP torna-se essencial para a identificação dos utentes com NP, para a sua correta avaliação, seguimento e orientação.

CO 03

IMPACTO DE TRIGGERS DE REFERENCIAÇÃO NA PENETRÂNCIA DE CUIDADOS PALIATIVOS EM INTERNAMENTO

Filipa Tavares

*Unidade de Medicina Paliativa . Centro Hospitalar
Universitário Lisboa Norte, EPE*

O acesso a Cuidados Paliativos (CP) em internamento hospitalar em Portugal rege-se por um modelo clássico de consultadoria, dependente da referenciação do médico responsável, assegurando alguns centros, ainda, uma gestão dedicada de cuidados, numa unidade especializada (UCP). Estes 2 modelos não serão, contudo, suficientes para assegurar a integração dos CP na abordagem *standard* em internamento, recomendada como medida de valor na doença oncológica avançada. A existência de critérios *trigger*, gerando uma sinalização automática a CP durante a estadia, pode ser uma forma de maximizar o controlo sintomático, a consciencialização prognóstica, a definição informada de objetivos de cuidados e a satisfação de doentes e famílias. **Objetivo:** comparar as penetrâncias real e potencial dum programa de CP num serviço de Medicina, mediante o recurso a critérios *trigger* de sinalização identificados na literatura.

Método: estudo transversal analítico, identificando num dia, de entre os internados com tumores sólidos, os já acompanhados por CP (penetrância real) e os que mediante critérios *trigger* [neoplasia em estadio IV ou estadio III se cancro do pulmão ou pâncreas, re-internamento em menos de 30 dias, estadia > 7 dias ou sintomas não controlados (dor, náusea / vômitos, dispneia, delirium ou instabilidade psicológica)] seriam de forma automática referenciados (penetrância potencial).

Resultados: No dia *index* 28% da lotação (103 camas) eram tumores sólidos, 59% em homens, mediana de idade de 70 anos (P25-

75 62-80 anos), 90% em fase avançada, 35% do aparelho digestivo e 59% não candidatos a tratamento oncodirigido. Para 1 em cada 3 o internamento conduziu ao diagnóstico de malignidade. Dez doentes tinham seguimento por CP (penetrância real 34%), mas apenas 3 tinham sido sinalizados neste internamento. Todos os doentes oncológicos internados (n = 29) seriam automaticamente referenciados para avaliação por CP mediante os critérios *trigger* propostos (penetrância potencial 100%). A mediana de *triggers* por doente foi 3, similar para seguidos ou não seguidos por CP. Quando considerados isoladamente, o descontrolo sintomático foi o *trigger* mais prevalente (28/29 doentes), sobretudo à custa de dor, instabilidade emocional e delirium e o reinternamento em menos de 30 dias o mais raro (3/29 doentes).

Conclusão: neste contexto o uso sistemático de critérios de sinalização a CP quase triplicaria a população a avaliar em internamento, o que terá de pressupor capacidade efetiva em recursos para o conseguir, mas sobretudo provar efetiva essa intervenção, seja na redução de intervenções inapropriadas, invasivas e onerosas seja na gestão da continuidade e qualidade dos cuidados aos doentes e suas famílias.

CO 04

CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO: UMA REALIDADE IGNORADA

Filipa Abreu Martins¹; Nádya Brito²;
Domingos Sousa³

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE; ²USF Alfa Beja - ACES Baixo Alentejo; ³Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior

Introdução: A conspiração do silêncio (CS) caracteriza-se pela ocultação da verdadeira gravidade do diagnóstico ao doente, por parte da família, com o conhecimento da equipa médica, na maioria dos casos para proteção do doente da negatividade do seu prog-

nóstico, sem que este tenha solicitado esta ocultação. Há, ainda, uma baixa literacia em saúde no que aos cuidados paliativos (CP) diz respeito. Apesar das equipas de CP serem as mais aptas a lidar com a CS a referenciação destas famílias é complexa.

Objetivo: Definir CS e identificar o prejuízo que causa nos cuidados a doentes em fim de vida.

Métodos: Revisão de artigos que definam e caracterizem o impacto da CS nos cuidados em fim de vida.

Discussão: Estudos indicam que 87% dos doentes oncológicos querem saber o seu diagnóstico e prognóstico, mesmo que desfavorável. Contudo, a maioria não obtém uma informação realista sobre o mesmo. Estudos sobre comunicação de más notícias em oncologia demonstram que, apesar de todo o avanço que tem existido na formação da comunicação de más notícias, a maior parte dos clínicos tem dificuldade em comunicar toda a verdade sobre o diagnóstico. Vários fatores familiares levam a que a família tente proteger o doente da verdadeira gravidade do diagnóstico. O membro cuidador assume toda a sobrecarga de informação e uma atitude paternalista, com omissão de informação. Depende, também, das características do doente, que na maior parte das vezes é mais vulnerável. Estudos apontam o grupo de mulheres com mais de 65 anos como o grupo mais afetado. Há os fatores relativos à equipa médica, que por diversos motivos, desde dificuldades na comunicação de más notícias, até frustração em aceitar a falta de tratamentos curativos, conduzem à CS. Um estudo de 2015 tentou encontrar uma justificação para o desenvolvimento da CS e avaliou as várias fases da comunicação em 21 doentes e famílias. Identificou bloqueios em múltiplas fases da comunicação com o doente, com interferência familiar. Identificaram um grupo de doentes em que, apesar da co-

municação do diagnóstico, preferiram manter-se em negação e perpetuar a CS. As consequências da CS para o doente são variadas: ansiedade, depressão, medo, desconfiança e incompreensão face aos sintomas e ao seu estado. A tentativa de que o doente se mantenha positivo leva a que se sinta mais confuso e ansioso, impede-o de tomar decisões informadas quanto ao seu plano individual de cuidados. Esta privação da autonomia, pode ser causadora de revolta e de relutância em aceitar tratamentos e intervenções, com dificuldade acrescida no controlo sintomático e na referenciação a CP, diminuindo a qualidade de vida nos últimos dias de vida.

Conclusão: O investimento na formação em comunicação em saúde é fulcral. Tendo em conta as consequências da CS é necessário que qualquer profissional saiba identificar esta entidade, mesmo os que não integram equipas de CP e abordá-la ou, em casos mais complexos, referenciação a uma equipa de CP.

CO 05

CARACTERIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA NO ALÍVIO DA DOR: A REALIDADE DE UMA EQUIPA COMUNITÁRIA

Ana Rita de Sousa Matos¹; Sara Gonçalves²; Fátima Fraga¹; Natalina Rodrigues¹; Fabiana Chyczjij¹; Lília Fernandes¹

¹ECSCP ACES Douro¹ - Marão e Douro Norte;

²CACTMAD Prof Nuno Grande, UTAD

Introdução: Os cuidados paliativos desempenham um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida dos utentes que apresentam doenças graves e ameaçadoras da vida. A seleção criteriosa da medicação desempenha um papel crucial neste processo. A escala numérica da dor é comumente utilizada para medir a intensidade da dor.

Objetivo: Caracterizar a terapêutica farmacológica utilizada pelos utentes admitidos no

primeiro ano de atividade de uma equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) e analisar a variação da classificação numérica da dor entre a primeira e a última visita domiciliária.

Material e métodos: Estudo de investigação transversal, retrospectivo, utilizando base de dados da ECSCP. Na primeira visita domiciliária, foi registada a intensidade da dor segundo a escala numérica de 0 a 10. Conforme necessário foi alterada a terapêutica. Na última visita, foi realizada uma nova avaliação da dor. Foi realizada uma tabulação cruzada para analisar a distribuição da medicação em cada nível de dor. O Teste de Wilcoxon foi aplicado para comparar as avaliações na primeira e última visita. Os dados foram considerados estatisticamente significativos para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 95 utentes, que se distribuíam uniformemente por género (47,4% do sexo masculino) com idades compreendidas entre os 40 e os 101 anos (média = 81,52, desvio padrão = 1,174, mediana = 84). Destes, 38,9% apresentavam doença oncológica, sendo que 23,7% receberam sedação paliativa no domicílio, nomeadamente em situação de últimos dias de vida. A morfina foi o fármaco mais utilizado (52,6%), seguida do paracetamol (48,4%). Entre os opióides de uso transdérmico o fentanilo foi usado em 25,2% dos utentes e a buprenorfina em 15,8%. Foram administrados corticóides em quase um quarto dos utentes, percentagem muito semelhante para as benzodiazepinas. Os gabapentinóides foram escassamente utilizados (8,4%), com notória preferência pela pregabalina vs gabapentina. A quetiapina era utilizada em 33,7% dos utentes. Existiu uma diferença significativa entre as pontuações da Escala da Dor na primeira e última visita ($Z = -3,456$, $p < 0,001$), indicando uma mudança significativa na intensidade da dor ao longo do tempo. Este estudo permitiu caracterizar a terapêutica farmacológica utiliza-

da pela ECSCP e a evolução da escala da dor ao longo do acompanhamento e sugere uma relação significativa entre a administração de fármacos e a redução da intensidade da dor. No entanto, temos que ter em conta as limitações deste estudo no que toca a vários fatores de confundimento que podem estar presentes.

V Jornadas do Núcleo de Estudos Medicina Paliativa

Resumos Posters

PO 01

QUANDO A SEDAÇÃO PALIATIVA NÃO DETERMINA O FIM DE VIDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Renata Violante Silva; Bárbara Costa; Rita Queiros; Márcia Souto; Anabela Morais
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A sedação paliativa (SP) é um procedimento médico utilizado há mais de 25 anos com a finalidade de aliviar sintomas refratários em doentes com doença incurável e/ou próximos do fim-de-vida. Na terminalidade é recomendada em dois contextos: sofrimento físico em suas diversas manifestações e sofrimento psico-existencial.

Objetivo: Descrição e análise de um caso clínico de SP.

Material e metodologia: Revisão do caso clínico através da consulta do processo clínico informático e registos da equipa intra-hospitalar. Método descritivo.

Resultados: Doente de 53 anos, divorciada, vive com um dos seus 2 filhos. Enfermeira, autónoma. Internada no serviço de Cirurgia por colangite aguda em contexto de neoplasia cefalopancreática recentemente diagnosticada, ainda em estadiamento. Durante o internamento, realizou CPRE e TC toracoabdominopélvica que mostraram neoplasia localmente avançada, com metastização hepática e carcinomatose peritoneal. Ao 14º dia de internamento, devido à deterioração

marcada do seu estado geral, com uma ECOG 4, foi considerada sem condições para cirurgia nem tratamento sistémico dirigido à doença oncológica. Por dor não controlada, insónia e dispneia em repouso foi feito pedido de avaliação pela equipa intra-hospitalar de suporte de cuidados paliativos (EIHSCP). À observação da EIHSCP a doente encontrava-se debilitada, com respiração ruidosa, totalmente dependente para as atividades de vida diárias, angustiada com noção da proximidade do fim-de-vida. Doente em sofrimento existencial e com necessidade de resolução de problemas familiares. Manifestou o desejo de ter visitas específicas, bem como vontade de doar o corpo à ciência em caso de morte (fez preenchimento de documentação necessária). Nessa fase e por manutenção de angústia e sintomas não controlados (dispneia) a doente solicita SP, a que a equipa atende. Inicia sedação paliativa com perfusão contínua de morfina e midazolam, preservando a vigília diurna para manter contacto com um dos filhos, a qual manteve durante 72 horas. Progressivamente a sintomatologia foi sendo controlada e aumentando-se os períodos com menor sedação, ficando mais desperta. Teve possibilidade de iniciar reabilitação física e acompanhamento de perto por EIHSCP, iniciando fármacos anti-depressivos, com melhoria do seu status físico e psicológico. Ao 48º dia de internamento, por melhoria clínica iniciou quimioterapia (QT) paliativa. Teve alta

ao 100º de internamento para uma Unidade de Cuidados Continuados para reabilitação física, com consulta agendada para o Hospital de Dia para continuação do ciclo de QT.

Conclusões: Descrevemos um caso que mostra que a SP não significa encaminhamento inexorável até à morte, e que a administração titulada de fármacos sedativos não interfere no tempo de sobrevivência. Salientamos ainda o princípio da autonomia, tão importante em Cuidados Paliativos no momento da decisão de iniciar SP.

PO 02

A TERAPIA NARRATIVA COMO PRÁTICA PSICOTERAPÊUTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS – CASO CLÍNICO

Natália Loureiro; Marta Figueiredo;
Celeste Gonçalves
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: A história de vida de cada indivíduo é um processo singular. A narrativa é uma forma de expressar sentimentos e emoções vividas, integrar pessoas, lugares e acontecimentos. Com a terapia narrativa, os doentes podem identificar propensões no modo de comunicar. Esta sensibiliza na procura de alternativas (amplificando o *self* e consequentemente maior *insight*) apoiando a criação de uma história mais saudável, com um novo significado da vida e dos valores e uma nova perceção do sentido da vida. A psicoterapia aliada da terapia narrativa acolhe as histórias problemáticas dominantes que dificultam o modo como as pessoas contextualizam a sua experiência de vida, num trabalho psicoterapêutico de continuidade e sessões semanais no domicílio do utente através de uma equipa multidisciplinar. A associação, por exemplo, da neoplasia a um momento de vida do doente pode causar um impacto negativo em todo processo terapêutico ao criar uma perspetiva de sofrimento e frustração perante a doença.

Caso clínico: 53 anos, feminino, com carcinoma da mama esquerda em 2008 (mastectomia + hormonoterapia). Em 2020 recidiva óssea submetida a radioterapia paliativa e 4 linhas de quimioterapia paliativa com iatrogenia diversa. Em 2023, metastização hepática e óssea difusas. Iniciou seguimento pela equipa domiciliária de cuidados paliativos. Na primeira avaliação, doente com humor triste, anedonia e resignada. Na narrativa, uma frase que mereceu a atenção e uma abordagem direcionada: “Esta doença foi a minha prenda de anos”. Identificada a necessidade de reconstruir esta imagem de profundo impacto na vida desta doente (doença neoplásica e prenda) e aplicadas por psicologia a escala de stress percebido e a de felicidade subjetiva. Iniciada a técnica da terapia narrativa, com proposta de uma nova narrativa permitindo à doente a desconstrução desta associação e ultrapassar esse obstáculo com uma nova visão da neoplasia na sua vida.

Conclusão: O foco da terapia narrativa no caso desta doente seria desconstruir uma passagem de vida que marca e dificulta; enfrentar a atual situação clínica, construindo uma nova narrativa; reduzir o impacto do simbolismo da associação entre o surgimento da neoplasia com uma prenda de aniversário (sobrecarga negativa), permitindo criar um novo significado a esta problemática. A reconstrução da narrativa pode e deve ser utilizada em processos terapêuticos, uma vez que proporciona um ponto de vista diferente na compreensão e na intervenção psicológica.

PO 03

AValiação DO LOCAL DE MORTE NO 1º ANO DE UMA EQUIPA DOMICILIÁRIA DE CUIDADOS PALIATIVOS (EDCP)

Celeste Gonçalves; Tiago Eusébio; Cátia Araújo;
Ana Silva; Natália Loureiro
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: Os cuidados paliativos domiciliários permitem uma proposta de humanização, cuidado e assistência integral ao doente/cuidador/família no ambiente de conforto que é o domicílio.

Objetivo: Identificar os motivos pelos quais os doentes acompanhados pela EDCP vieram a falecer em ambiente hospitalar, bem como inferir as possíveis falhas que motivaram esse desfecho.

Material e métodos: Estudo observacional, com dados colhidos a partir dos registos de processos clínicos dos doentes falecidos em ambiente hospitalar no 1º ano de trabalho da EDCP em 2022. Do total de 153 doentes observados, registaram-se 133 óbitos, dos quais 35 óbitos em ambiente hospitalar (26,3%). Destes 35 doentes, a média de idade foi de 68.8 anos (35-97 anos), 54% sexo masculino, a maioria residentes no domicílio (94,2%). A patologia de base predominante foi a neoplasia (91.4%). O tempo de seguimento da EDCP por doente variou de 1 a 270 dias (média 43 dias). Dos 35 doentes que faleceram no hospital, 33 óbitos ocorreram no internamento (2 óbitos no serviço de Urgência - SU). A maioria (20 doentes), foi trazida ao SU fora do horário de funcionamento da EDCP. Dos 35 óbitos analisados, 24 tiveram visita prévia nos últimos 3 dias, 17 dos quais com visita no mesmo dia de vinda ao SU. Verificou-se que 22 doentes foram trazidos ao SU por descontrolo sintomático (dispneia em 40,9% dos doentes) e 13 por incapacidade da família (destes, 12 doentes tiveram visita nos últimos 3 dias ou

no próprio dia de recurso ao SU; contudo, 7 casos eram seguidos há ≤ 3 dias pela EDCP, apenas 4 doentes/5 famílias tiveram acompanhamento por psicologia e em 7 casos foi identificada exaustão do cuidador).

Resultados e discussão: A extensão dos cuidados paliativos ao domicílio tem reduzido o número de mortes em ambiente hospitalar. No entanto neste estudo, existem diversos fatores que podem explicar os óbitos ocorridos no hospital: reduzido apoio psicológico para doente/cuidador/família, fato este importante pela face multidimensional que representa esta fase da vida e do ato de cuidar; a complexidade clínica dos doentes com necessidade em várias ocasiões de cuidados agudos (agravado pelo limite do horário de funcionamento) e por fim, 2022 foi o primeiro ano de atuação desta equipa com desafios e dúvidas presentes em vários momentos. Identificar as lacunas e promover a melhoria dos cuidados, atendendo às características únicas e particulares desta tríade doente/cuidador/família é um desafio.

PO 04

ATITUDES DOS ENFERMEIROS PERANTE O FIM DE VIDA E A MORTE DE DOENTES COM NECESSIDADES PALIATIVAS

Andresa Ferreira; Eunice Almeida;
André Filipe Ribeiro
Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga

Introdução: Os enfermeiros são os profissionais de saúde que contactam mais tempo com os doentes internados em situação de fim de vida. A morte do doente é um momento exigente e desafiante em termos emocionais e psicológicos, podendo comprometer o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados prestados. Torna-se essencial compreender as atitudes destes profissionais perante a complexidade destes momentos.

Objetivo: Explorar as atitudes dos enfermeiros perante o fim de vida e a morte dos doen-

tes com necessidades paliativas.

Material e métodos: Revisão sistemática da literatura, na base de dados PUBMED, utilizando os descritores *Terminal Care AND Attitude to death AND Nurse*. Foram utilizados critérios de inclusão e exclusão na pesquisa: artigos de tipologia descritiva, entre 2014 e 2023, em inglês, focados em enfermeiros e com texto completo disponível. 7 artigos foram selecionados para análise.

Resultados e conclusões: Existem sentimentos ambíguos sobre a morte e que podem ter um impacto significativo na vida pessoal e profissional dos enfermeiros. A atitude compassiva, empática e sensível dos enfermeiros perante o fim de vida é fundamental para proporcionar uma experiência positiva, digna e respeitosa tanto para o doente, como para a família. Por outro lado, os enfermeiros também vivenciam sentimentos de tristeza, frustração e medo do momento da morte, dificultando assim a sua aceitação, principalmente quando existe uma forte conexão emocional com o doente. A atitude perante a morte pode ser influenciada por circunstâncias sociais, culturais e organizacionais. A idade do enfermeiro, os anos de experiência profissional, as capacidades de comunicação e o conhecimento e habilidades na prestação de cuidados paliativos são fatores que influenciam a sua experiência nos cuidados em fim de vida e na morte dos doentes. As atitudes dos enfermeiros perante a morte são de extrema complexidade, multidimensionais e têm um efeito significativo nos cuidados prestados aos doentes em fim de vida. A análise realizada permite aferir que é essencial o investimento em cuidados paliativos, na formação dos profissionais de saúde e no desenvolvimento de estratégias que facilitem o suporte emocional aos profissionais que prestam cuidados em fim de vida, de forma a possibilitar a manutenção de cuidados de excelência nesta fase.

PO 05

CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES DE DOENTES COM NECESSIDADES PALIATIVAS

Joana Oliveira; André Filipe Ribeiro; Eunice Almeida
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: Cuidar de doentes com necessidades paliativas é extremamente complexo pelas necessidades que manifestam nas dimensões física, psicológica, social e espiritual. Os seus cuidadores, que frequentemente são familiares ou amigos, podem sofrer um impacto no seu bem-estar devido ao sofrimento experienciado pelos doentes.

Objetivo: Identificar as principais causas e consequências da sobrecarga dos cuidadores de doentes com necessidades paliativas.

Material e métodos: Revisão sistemática da literatura, com recurso à base de dados Pubmed, utilizando os descritores *Caregiver Burden AND Palliative Care*, para publicações entre 2014 e 2023. Após exclusão dos artigos sem conteúdo relevante para a temática, foram selecionados 110 documentos para análise.

Resultados e conclusões: As principais causas da sobrecarga do cuidador identificadas estão relacionadas com as componentes física (ex: desconhecimento sobre habilidades técnicas para facilitar a prestação de cuidados), psicológica (ex: sobrecarga emocional, restrição do tempo disponível para o seu autocuidado) e social (ex: ausência de apoios sociais, aumento dos encargos financeiros). Quando os cuidadores estão sujeitos a sobrecarga, a capacidade de prestar cuidados de qualidade é comprometida, o que pode originar consequências negativas no próprio doente. O local de preferência de morte dos doentes com necessidades paliativas é, cada vez mais, o domicílio, onde a presença e os cuidados dos seus cuidadores assume particular relevância. É premente refletir so-

bre o suporte necessário para estes cuidadores, diminuindo o impacto da sobrecarga e assegurando que mantêm condições para satisfazer as suas necessidades pessoais. Vários estudos desenharam planos de intervenção dirigidos à sobrecarga do cuidador, com aconselhamento e treino, criando uma rede de apoio social. O acesso atempado aos cuidados paliativos assume um papel fundamental na prevenção da sobrecarga do cuidador, por assegurar um apoio multidisciplinar. Reconhecer a importância do bem-estar dos cuidadores informais é essencial para assegurar cuidados de qualidade aos doentes com necessidades paliativas.

PO 06

NECESSIDADES PALIATIVAS NA DOENÇA PULMONAR AVANÇADA POR FIBROSE QUÍSTICA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Sofia Moura de Azevedo; Isabel Gonçalves; Manuela Bertão; Célia Cruz; Fabienne Gonçalves; Elga Freire
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A fibrose quística (FQ) é uma doença genética progressiva e limitadora, multissistémica, levando a uma carga significativa de sintomas e a uma esperança de vida mais curta. Os cuidados paliativos (CP) surgiram como uma componente importante dos cuidados prestados aos indivíduos com FQ, com enfoque na gestão dos sintomas, comunicação e apoio aos doentes e cuidadores, ao longo de toda a trajetória da doença.

Objetivos: Desenvolver uma revisão sistemática da literatura científica para responder à pergunta PICO: “Quais as necessidades paliativas em adultos com doença pulmonar avançada por fibrose quística?”.

Material e métodos: A pesquisa teve lugar em agosto de 2022. As bases de dados utilizadas foram a PubMed, a Web of Science e a EBSCO. Os termos MeSH de pesquisa utiliza-

dos foram *cystic fibrosis AND palliative care*. A estratégia de pesquisa seguiu as *guidelines* PRISMA. Os estudos quantitativos e qualitativos encontrados foram submetidos a uma triagem por três dos autores da presente revisão.

Resultados e conclusões: De um total de 55 artigos (PubMed n = 21; Web of Science n = 21; EBSCO n = 13), 12 artigos foram incluídos na seleção qualitativa. A prevalência das necessidades paliativas neste grupo de doentes variou entre 78 a 89%, sendo as necessidades físicas e psicológicas as mais frequentes. Foram encontrados quatro temas comuns nos estudos analisados: 1 a ansiedade e a depressão são os sintomas mais determinantes para o início do seguimento em CP dos doentes com FQ; 2 os doentes com FQ beneficiam de acompanhamento precoce em CP, incluindo os que se encontram em lista de espera para transplante; 3 os doentes com FQ verbalizam com muita frequência a necessidade de planeamento individual integrado de cuidados; 4 o conhecimento insuficiente dos CP por parte dos doentes com FQ e familiares. É necessária mais investigação para identificar modelos eficazes de cuidados e de abordagem das necessidades únicas desta população de doentes. As necessidades de CP em indivíduos com FQ são complexas e específicas desta população, e existe margem para otimizar os cuidados prestados.

PO 07

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO – QUANDO A DECISÃO CONSCIENTE, LIVRE E ESCLARECIDA É O MELHOR REMÉDIO!

Sofia Pinheiro Torres¹; Elga Freire²; Margarida Belo²; Júlia Alves²

¹ECSCP Porto Ocidental; ²Centro Hospitalar Uni. Porto

Introdução: Legalmente, qualquer pessoa tem o direito de participar ativamente no seu plano de cuidados e decidir quais as opções terapêuticas que deseja ser submetida. Esta

autonomia é garantida através da diretiva antecipada de vontade (DAV) na qual ficam registadas quais as intenções relativas a medidas a que pretende ser sujeita, ou não, numa situação de fim de vida e durante a qual já não consiga expressar a sua vontade. Neste contexto e a propósito de um caso clínico salienta-se a importância da decisão ser consciente, livre e esclarecida.

Descrição do caso: Mulher de 66 anos, previamente autónoma que recorre ao serviço de Urgência fora da área de residência por tosse, cansaço fácil e febre. Após avaliação clínica, estudo analítico e exames de imagens assumida Leucemia aguda com neutropenia febril em contexto de pneumonia. Proposta realização de transfusão sanguínea/hemoderivados (TS/H) que a doente recusou por ser Testemunha de Jeová. Foi transferida para o hospital da área de residência no qual voltou a ser explicado à doente e à filha o diagnóstico e prognóstico da doença, com e sem tratamento e explicado que a DAV assinada a impedia de ser candidata a tratamento com QT intensiva. Internada no serviço de Hematologia para tratamento paliativo exclusivo. Realizada referência para a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos (EIHSCP). Durante o acompanhamento pela EIHSCP, a doente referia que se aceitasse o tratamento, lhe seria “negada a entrada no novo mundo” e que “assim estou tranquila, porque quando morrer ressuscito numa nova vida” (sic). Referiu que as filhas aceitaram a sua decisão, mas que o marido a “apertou” (sic). Realizada conferência familiar com a doente e sua família (marido e filhas) e equipa de hematologia na qual foram abordadas as expectativas sobre a doença, possíveis tratamentos e evolução; clarificados os objetivos dos cuidados prestados respeitando a vontade da doente. Foi evidente a aceitação por parte das filhas e a tristeza do marido. A doente teve alta orientada para consulta de Cuidados Paliativos. Na

consulta, a doente questionou porque não fazia análises ou suplementação com ferro que “me podem salvar a vida” (sic). Era óbvio o sofrimento existencial da filha relativamente à decisão da mãe e da doente por se sentir a causa deste sofrimento da filha. Foi mais uma vez esclarecido o diagnóstico e prognóstico e terapêuticas propostas. Dias depois, filha contacta a EIHSCP a informar que a doente revogou a sua decisão quanto à realização TS/H. É orientada para realização de reestadiamento (estudo medular, citogenética e biopsia medular) e iniciar tratamento. Após um mês apresenta remissão completa.

Comentário: Este caso clínico evidencia a importância de realizar DAV de forma consciente, livre e esclarecida. Neste caso a doente após esclarecimento e de forma consciente, revogou a sua decisão, permitindo-lhe a cura da sua doença que de outra maneira poderia não ser possível.

PO 08

O CUIDADOR – O OLHAR E AS MÃOS DE UMA EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Sofia Pinheiro Torres; Cátia Pinheiro; Cláudia Teixeira; Inês Breda; Susana Albuquerque; Telmo Correia
ECSCP Porto Ocidental

Introdução: Em Cuidados Paliativos para que sejam prestados cuidados de excelência, e adequados a cada doente, é fundamental a presença de um cuidador com capacidades e aptidões essenciais na prevenção de crises. Torna-se fulcral capacitá-lo, de modo a garantir a integração e continuidade de cuidados ao longo de todo o percurso da doença.

Descrição do caso: Mulher, 51 anos, referenciada à nossa Equipa por descontrolo sintomático e colaboração na organização de cuidados em contexto de adenocarcinoma pulmão - estadio IV - com metastização ganglionar, supra-renal, cerebral e nódulos

cutâneos, tendo sido submetida a metastasectomia cerebral, quimioterapia, imunoterapia e radioterapia cerebral. Recentemente, apresentava um conglomerado supraclavicular com possível envolvimento/compressão do esôfago, ou do plexo, com distonilidade concomitante e risco de asfixia. Apresentava como outros antecedentes pessoais infecção VIH1 sob terapia antirretroviral, carcinoma ductal *in situ* tendo cumprido 5 anos de hormonoterapia com tamoxifeno.

Doente em situação de grande fragilidade: Física - dispneia para pequenos esforços, embora ainda frequentasse as consultas hospitalares presencialmente; dor de difícil controlo, astenia marcada, anorexia, caquexia, obstipação e ansiedade; Social - vivia sozinha, numa habitação sem condições de salubridade, sem condições para realização de cuidados de higiene, os quais eram assegurados apenas quando ia ao Centro de Dia, com apoio das funcionárias. Tinha duas filhas, sendo que, a única que lhe dava apoio presencial, ocasional, vivia no sul do país.

Um dos critérios para acompanhamento pela ECSCP é a presença de um cuidador capaz que, por definição, é aquele que, tendo ou não laços de parentesco com o doente, se responsabiliza e assegura a prestação de cuidados básicos regulares e não especializados, ditos informais. Neste caso, embora a doente ainda apresentasse alguma capacidade de auto-gestão, não havia um cuidador informal. Perante esta situação clínica, embora sem critérios, a doente foi admitida na nossa ECSCP. Ao longo do acompanhamento, a doente revelou-se incapaz de auto-cuidado não conseguindo cumprir esquema terapêutico. Graças ao trabalho em equipa, nomeadamente em articulação com a assistente social e psicóloga, foi possível integrar a doente numa instituição que dispunha de cuidados de Enfermagem 24h por dia. 1 semana após ser institucionalizada, a doente necessitou de

ser encaminhada para o SU por quadro de dispneia descompensada e hipoxia refratária à medicação de resgate e ao oxigénio suplementar. Foi internada, acabando por falecer no hospital.

Comentário: Perante este caso clínico, é evidente o impacto que o cuidador pode ter na qualidade de vida do doente e na sua dignidade. Se a doente estivesse sozinha quando apresentou o quadro de dispneia, provavelmente não iria ser capaz de pedir ajuda e morreria sozinha.

PO 09

ACOMPANHAMENTO DE ADULTOS JOVENS EM FIM DE VIDA – SITUAÇÕES PARTICULARMENTE EXIGENTES?

Ana Luísa Silva^{1,2}; Paulo Reis Pina²

¹Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora; ²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: Como internista e paliativista, cuido de pessoas com doença avançada e muitas vezes incurável. Quando se trata do acompanhamento de adultos jovens em fim de vida, existe sempre um peso acrescido no peito.

Objetivos: Discutir as particularidades e exigências do acompanhamento de adultos jovens, bem como as necessidades dos profissionais envolvidos.

Material e métodos: Descreveremos de forma sucinta algumas situações recentes da nossa prática clínica, seguidas de uma breve discussão da literatura.

F, 37 anos, casada, uma filha de 6 anos. Cancro do ovário recidivado sob quimioterapia. Quadro de oclusão intestinal sem indicação cirúrgica e sem resposta ao tratamento médico otimizado. Nunca cessou de nos dizer que não queria morrer, de pedir um milagre.

J, 38 anos, casado, uma filha com 2 anos. Cancro do pulmão com metastização óssea, com dor de difícil controlo. Não parou de nos questionar quanto tempo teria, nem de se re-

voltar com a sua doença, com a dor, com o cansaço. Queria ver a filha casar, dizia: “a minha história é muito curta, não pode acabar”. H, 32 anos, uma energia contagiante, uma agenda interminável, um negócio próprio juntamente com uma amiga. O cancro de mama apanhou-a de surpresa, mas não a fez parar. No entanto, o surgimento de metastização cerebral e leptomenígea levou a um agravamento vertiginoso e um fim de vida inquieto e agitado.

Y, 29 anos, estrangeira, em Portugal com o namorado, as famílias de ambos no país de origem. Y sabe que o tumor que tem no cérebro é incurável. Quer ver os pais uma última vez, e arriscará embarcar num voo de longo curso para os ver.

Resultados e conclusões: Existe evidência crescente de que os adolescentes e adultos jovens (15 aos 39 anos) com doença grave são uma população com necessidades médicas e psicossociais únicas, pela fase da vida em que se encontram – fase de transição, com inúmeros desafios e por outro lado grande potencial, trazendo consigo, em situação de doença avançada, um conjunto particular de fardos e de perdas.

De igual forma, cuidar de adultos jovens em situação de fim de vida é particularmente complexo e exigente para os profissionais de saúde.

Aquilo que senti em qualquer um dos casos descritos acima alinha-se com o descrito na literatura: identificação com os pacientes e famílias, sentimento de injustiça, dificuldade em equilibrar empatia e objectividade e em manter a racionalidade científica nas decisões, deixando uma persistente sensação de incerteza.

Uma equipa de Cuidados Paliativos contribuirá para um cuidado mais completo a estes doentes e um suporte adicional para os profissionais de saúde que os cuidam.

No entanto, o treino em cuidados paliativos

não basta para colmatar as necessidades sentidas pelos profissionais de saúde ao acompanhar adultos jovens em situações terminais, revelando uma necessidade de treino e suporte especializados nesta área.

PO 10

QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE APÓS RADIOTERAPIA POR MESTASTASES CEREBRAL

Filipa Abreu Martins¹; Nácia Brito²; Domingos Sousa³

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE; ²USF Alfa Beja - ACES Baixo Alentejo; ³Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A radioterapia (RT) tem sofrido uma rápida evolução tecnológica, com maior preponderância na medicina paliativa pela menor toxicidade que acarreta. Tem, ainda, um efeito comprovado na diminuição da inflamação, edema, secreções e dor oncológica. Nos doentes com metastização cerebral (MC) difusa, os sintomas de aumento da pressão intracraniana e os défices neurológicos têm um grande impacto na qualidade de vida (QDV), e o tratamento passa pela radioterapia holocraneana (RTHC). O principal objetivo do tratamento é a palição de sintomas, com melhoria na QoL. Contudo, esta técnica não é inócua, estando associada a declínio cognitivo ao longo do tempo.

Objetivo: Avaliar o impacto da RTHC na QDV dos doentes com MC e identificar o grupo mais beneficiado deste tratamento.

Metódos: Foram revistos os artigos que avaliam a QDV dos doentes com MC submetidos a RTHC.

Resultados: Os artigos selecionados são muito heterogéneos tanto no instrumento utilizado para avaliar a QDV, quanto na amostra, como ainda nos resultados que apresentam. Parece haver agravamento da QDV no primeiro mês após a realização da RTHC, o que se pode dever ao edema causado pelo tratamento.

Os sintomas que mais condicionaram a mu-

dança na QDV, no tempo de *follow-up* dos estudos, foram sintomas cognitivos, náuseas, anorexia e desequilíbrio, cuja severidade aumentou ao longo do tempo. Na subanálise realizada de acordo com o *karnofsky performance status* (KPS), verifica-se que os doentes com um KPS superior a 70 têm um aumento na QDV, enquanto que quando o score é inferior a 70, tal não se verifica. Outro estudo demonstrou que após a RTHC houve uma deterioração do estado funcional, embora não sendo estatisticamente significativa.

É feita uma subanálise da ansiedade, depressão e insónia nestes estudos, com um impacto importante na QDV. Contudo, é pouco provável que a RTHC seja o principal fator causal, com a corticoterapia a ser um viés, não sendo feita a distinção entre o efeito da RTHC e da corticoterapia na QDV.

Conclusão: A RTHC é um tratamento recomendado no doente com MC, com melhoria da sintomatologia em 75-80%. Os dados relativos ao impacto na QDV são limitados e os estudos heterogéneos, requerendo uma análise cuidada e por subgrupos, por forma a identificar os que mais beneficiarão do tratamento. As limitações da RTHC podem vir a ser ultrapassadas com a utilização de técnicas cada vez mais específicas como a radioterapia estereotáxica craniana, que é utilizada em doentes com menos lesões e permite uma maior redução de efeitos adversos. De futuro, a RT terá, possivelmente, um papel cada vez mais ativo nas equipas multidisciplinares de cuidados paliativos.

PO 11

EFETIVIDADE DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO ACOMPANHAMENTO DE DOENTES EM FIM DE VIDA

Floribela Gonçalves¹; Margarida Gaudêncio²; Francisca Rego¹; Rui Nunes¹

¹Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

²IPO Coimbra

Introdução: A Organização Mundial de Saúde define os Cuidados Paliativos (CP) como uma abordagem holística que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e famílias com doenças ameaçadoras de vida.

Objetivo: Avaliar o impacto dos CP no controlo sintomático e na qualidade de vida de doentes com cancro avançado (principalmente após a suspensão dos tratamentos sistémicos).

Material e métodos: Estudo transversal, descritivo e correlacional com uma amostra de 60 doentes admitidos no serviço de CP de um hospital oncológico, provenientes de outros serviços da instituição hospitalar ou da consulta externa de CP. O protocolo de avaliação incluiu um questionário socio-demográfico, escalas de avaliação de sintomas Escala Edmonton (ESAS) e de qualidade de vida *Palliative Outcome Scale* (POS).

Resultados: Na amostra, verificou-se um domínio do sexo masculino ($n = 37$; 61,7%) e uma idade média de 72 anos. A maioria dos doentes ($n = 34$; 56,7%) foi admitida a partir da consulta externa, enquanto 26 doentes (43,3%) foram transferidos de outros serviços da instituição. Os resultados das escalas ESAS e POS foram comparados entre os dois grupos de doentes (consulta externa vs outros serviços do hospital), não se verificando diferenças estatisticamente significativas (doentes com elevada carga sintomática e percepção de má qualidade de vida). Contudo, o tempo de referência a CP entre os grupos foi estatisticamente significativo (2 dias para doentes internados noutros serviços

vs 18 dias para consulta externa). Na instituição hospitalar, os doentes internados noutros serviços são observados por uma equipa de CP de consultadoria.

Conclusão: Na literatura, encontra-se descrito que a referenciação precoce a CP é essencial, tendo impacto na qualidade de vida dos doentes e sua família. Idealmente, os doentes deviam ser referenciados em fases mais precoces da sua doença para se observar um maior impacto no controlo sintomático e qualidade de vida. Quando esta intervenção é realizada apenas quando terminam os tratamentos sistémicos, todo o tempo é precioso para esta intervenção. Como tal, a disponibilidade de equipas de consultadoria que possam observar os doentes no ambiente hospitalar noutros serviços é uma mais valia para a identificação das necessidades e o início mais precoce desta intervenção.

PO 12

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: A SUA ABORDAGEM NUMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ADULTOS

Ana Carlos Bento; Diana Martins Oliveira; Cátia Figueiredo; Manuela Cabral; Lourdes Cruz Pinhal; Teresa Vaio
Hospital Arcebispo João Crisóstomo

Introdução: As diretivas antecipadas de vontade (DAV) constituem um documento onde um indivíduo expressa as suas intenções relativas a medidas a que pretende, ou não, ser sujeito em situação de fim de vida e durante a qual já não se consiga manifestar. Permite preservar a sua autonomia e orientar tomada de decisões na eventual interrupção ou manutenção de determinada intervenção. Apesar da sua abordagem em Cuidados Paliativos (CP) ser imprescindível no desenvolvimento de um Plano Antecipado de Cuidados (PAC) de qualidade, a maioria dos profissionais de saúde expressam desconhecimento sobre as mesmas.

Objetivos: analisar o registo informático de DAV nos doentes admitidos numa unidade de cuidados paliativos (UCP) de adultos.

Material e métodos: analisou-se o registo de DAV através do Sclínico® em consulta, internamento e outros relatórios das especialidades hospitalares e dos Cuidados de Saúde Primários que seguiam os doentes admitidos numa UCP de adultos entre 1 de junho e 8 de agosto de 2023.

Resultados e conclusões: Foram admitidos 47 doentes dos quais 29 eram seguidos em consulta de CP (CCP); verificou-se uma média de 5 CCP/doente; 6 tiveram uma consulta antes do internamento e 2 tiveram seguimento mais prolongado (11 e 25 CCP). 18 foram referenciados através da CCP, 26 foram provenientes doutros serviços após observação pela equipa intra-hospitalar de suporte em CP, 2 por transferência de outros hospitais e 1 pela Equipa Comunitária de Suporte em CP. À admissão 2 tinham DAV registadas. A maioria dos doentes faleceu no internamento (n = 27), 10 mantiveram-se internados e verificaram-se 2 reinternamentos. Apesar do curto período analisado, foi evidente a lacuna no registo de DAV em processo clínico informático de doentes paliativos. A referenciação tardia para CP inferida pelo tempo de seguimento reduzido em consulta poderá justificar a ausência do seu registo por incapacidade de estabelecimento de uma relação médico doente adequada para que as DAV tivessem sido discutidas. Urge melhorar a literacia sobre DAV da população geral, dinamizar a importância da referenciação atempada para CP e promover a elaboração de um PAC com discussão das DAV na abordagem do doente paliativo. É necessário encorajar os médicos e os demais profissionais de saúde, especialmente os que prestam diretamente CP, a registá-las informaticamente e, na sua ausência, o motivo de não terem sido discutidas.

PO 13

PALIPOCUS: APLICAÇÕES PRÁTICAS DE POCUS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Raquel Dias Moura; Pedro Salvador;
Ricardo Fernandes; Márcia Oliveira; André Maia
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A ecografia à cabeceira *point-of-care ultrasound* (POCUS) permite responder a questões clínicas de forma célere, como a caracterização de um sintoma ou sinal. Em Cuidados Paliativos (CP) a medicina “à cabeceira” baseada em sinais e sintomas volta a ganhar enfoque em detrimento do laboratório. O POCUS torna-se um valioso aliado dos CP porque fornece informação em tempo real que é útil para o doente e não lhe causa desconforto algum.

Objetivos: Os autores pretendem salientar a utilidade do POCUS nos doentes em CP.

Material e métodos: Foram realizadas ecografias à cabeceira de doentes numa enfermaria de CP de acordo com as dúvidas impostas pelos seus sinais ou sintomas.

Resultados: Algumas das questões clínicas que motivaram o uso de POCUS prenderam-se com a caracterização de sintomas: dispneia, obstipação, náuseas, dor e agitação.

O vídeo 1 e a imagem 1 dizem respeito a uma doente com uma neoplasia gástrica com metastização hepática e pulmonar, com queixas de dispneia e com insuficiência respiratória. A ecografia pulmonar mostra um padrão B (vídeo 1) e derrame pleural (imagem 1), sugerindo congestão pulmonar. Para além do uso de opióide, o ajuste de diurético permitiu alívio mais eficaz da dispneia.

O vídeo 2 pertence a um doente com neoplasia do colón com metastização hepática e carcinomatose peritoneal, com um abdómen de difícil avaliação à palpação. Por dor e agitação foi realizada ecografia que revelou uma bexiga marcadamente distendida. Diagnosticada retenção urinária aguda, tendo a agita-

ção melhorado após algaliação.

Outro caso clínico é uma doente com metastização difusa de um cancro primário oculto, cujos sintomas eram obstipação e náuseas: no vídeo 3 observa-se peristaltismo intestinal sem refluxo, excluindo-se um quadro oclusivo como causa da obstipação, permitindo com segurança a administração de laxantes e procinéticos que aliviaram os sintomas deste doente.

Conclusão: O POCUS é um exame de fácil acesso, sem complicações e facilmente realizada como um prolongamento do exame físico. É o exame ideal para averiguar situações clínicas de doentes nos quais se privilegia o conforto.

PO 14

PRIMEIROS 6 MESES DE ATIVIDADE DE UMA EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS (ECSCP)

Inesbreda; Cátia Pinheiro; Sofia Pinheiro Torres;
Telmo Correia; Célio Santiago; Susana Albuquerque;
Cláudia Teixeira
ECSCP Porto Ocidental

Introdução: As ECSCP são preconizadas no plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) em Portugal como equipas interdisciplinares que dão resposta aos doentes com necessidades paliativas complexas ou de elevada complexidade com critérios de dependência na sua residência. No primeiro ano de atividade das ECSCP é habitual o acompanhamento dos doentes com doenças oncológicas sendo o alargamento aos dentes com doença não oncológica posterior.

Objetivo: Descrição dos primeiros seis meses de atividade de uma ECSCP.

Métodos: Estudo descritivo, observacional, retrospectivo. População composta por todos os doentes referenciados à ECSCP entre 1 de janeiro de 2023 e 30 de junho de 2023. Reflexão sobre o trabalho realizado, dificuldades

sentidas e estratégias desenvolvidas.

Resultados: Nos primeiros seis meses de atividade a ECSCP recebeu 60 referências de 55 doentes diferentes tendo acompanhado 43 doentes. A média de tempo entre a referência e admissão foi de 1,5 dias úteis (0-3.0). Dos doentes admitidos, 17 doentes foram referenciados por Equipas Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), 22 pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP), 3 por outras equipas hospitalares e 1 por uma Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI). Os principais objetivos de referência incluíram apoio na organização dos cuidados (21), no controlo sintomático (20) e na tomada de decisão 2. Dos 38 doentes com doença oncológica, os motivos mais comuns foram Carcinoma(Ca) do Pulmão (7), Ca mama 5 e Ca Colorretal 5.

Os cuidadores, 31 eram do sexo feminino (72%), 7 (16%) masculino e 4 de ERPI. Uma doente excecionalmente foi admitida sem cuidador tendo sido institucionalizada posteriormente.

Relativamente ao acompanhamento, a mediana de tempo desde a admissão até à alta foi de 28 dias, realizou-se uma média de 6.7 domicílios (1-30) e de 12.8 contatos totais (3-50) por doente. 9 doentes recorreram ao SU (3 em articulação com a ECSCP) 5 precisaram de internamento hospitalar (4 em articulação com a ECSCP).

Dos 43 doentes admitidos faleceram 35, 25 no domicílio/lar (71.4%), 2 no internamento de hospital geral (sem UCP), 3 no SU de hospital geral (sem UCP), 2 em UCP Hospitalares, 2 em internamentos de hospitais privados e 1 em UCP-RNCCI. 3 tiveram alta por estabilização do quadro, controlo de sintomas e atingimento dos objetivos.

Conclusão: Os primeiros seis meses foram traçados de desafios. Uma das principais dificuldades encontradas foi a falta de linhas orientadoras para a atividade das ECSCP. Esta

equipa realizou diversas reuniões com equipas de CP em funcionamento na área para encontrar as melhores estratégias. Outra dificuldade relacionou-se com a dotação de profissionais inferior à recomendada. Como ponto positivo salienta-se a autonomia dada à equipa que se pode organizar e estruturar da forma mais eficaz e sempre com o foco de proporcionar Cuidados Paliativos de qualidade.

Organização



Patrocínio Científico



Apoio



Inscrições disponíveis | www.spmi.pt

PRESENCIAL

Sócio da SPMI 60,00 €

Não Sócio da SPMI 80,00 €

Secretariado

admédic⁺

paula.cordeiro@admedic.pt

clara.malta@admedic.pt

