

MESTRADO
CUIDADOS PALIATIVOS

Avaliação das necessidades paliativas numa Unidade de Saúde Familiar

Ilda Maria Oliveira Martins Gonçalves Campos

M

2023



MESTRADO
CUIDADOS PALIATIVOS

Avaliação das necessidades paliativas numa Unidade de Saúde Familiar

Ilda Maria Oliveira Martins Gonçalves Campos

M

2023

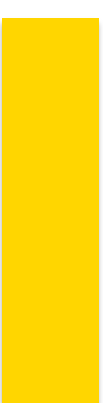
ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR JOSÉ ANTÓNIO FERRAZ GONÇALVES

CO-ORIENTADORA: DRA. MARIA DO CÉU CUNHA DA ROCHA

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto



FACULDADE DE **MEDICINA**



Agradecimentos

Ao meu orientador professor doutor Ferraz Gonçalves e à minha co-orientadora dra. Maria do Céu Rocha por toda a disponibilidade desmonstrada, pelo acompanhamento regular desde o início do processo e todo o apoio sempre presente.

A todas as minhas amigas e colegas de trabalho da USF Porta do Sol, pela disponibilidade e colaboração prestadas na colheita dos dados: dr^{as} Ana João Reis , Andreia Chaves Cerejo, Carla Nina, Carla Ponte, Catarina Sá Couto, Maria Espírito Santo, Mariana Tudela, Sílvia Henriques e Tânia Colaço.

À Prof^a Luísa Castro Guedes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto pela disponibilidade e apoio no tratamento estatístico dos dados.

Por fim, um agradecimento especial à minha família por serem os meus pilares e sempre me incentivarem a ser mais e melhor enquanto pessoa e profissional.

Resumo

Introdução: A população portuguesa está em processo de envelhecimento. Sendo que Portugal tem dos maiores índices de esperança média de vida, mas com o menor índice de anos de vida saudável, as necessidades paliativas deverão estar previsivelmente a aumentar. Uma das barreiras ao acesso atempado de cuidados paliativos é a dificuldade na identificação dos doentes que poderão beneficiar deles. Estes doentes estão sobretudo na comunidade, que inclui o domicílio e os lares de acolhimento, pelo que as equipas de cuidados de saúde primários (CSP) estão na melhor posição para identificar doentes com potenciais necessidades paliativas.

Objetivo: Avaliar as necessidades paliativas numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Concelho de Matosinhos.

Métodos: Estudo observacional transversal numa amostra de utentes com idade igual ou superior a 65 anos de uma USF do Concelho de Matosinhos, através da aplicação da escala de avaliação de necessidades paliativas – SPICT-PT™.

Resultados: A amostra foi constituída por 349 utentes, 56,4% do sexo feminino e 43,6% do sexo masculino. A mediana de idades foi de 74 anos. O grupo patológico mais prevalente foi do aparelho circulatório, seguido do grupo de doenças endócrinas e as doenças oncológicas. Foram identificados 25 (7,2%) doentes com necessidades paliativas. Estes apresentam uma mediana de idade superior assim como um grau mais elevado de dependência em relação aos outros doentes. Verificou-se que este grupo apresenta, também, um número maior de doenças do aparelho circulatório, do foro psicológico e do foro oncológico. Dos doentes com necessidades paliativas, 6 (24%) estavam referenciados à equipa de cuidados paliativos.

Discussão/Conclusão: A identificação de 7,2% de doentes com idade igual ou superior a 65 anos com necessidades paliativas é semelhante à referida noutros estudos. Os doentes com necessidades paliativas são doentes mais idosos e mais dependentes. Assim, com o crescente envelhecimento da população, o acompanhamento e a avaliação periódica destes utentes torna-se muito pertinente. O baixo número de referenciação de doentes com necessidades paliativas à equipa de cuidados paliativos também está de acordo com outros estudos. Este dado pode dever-se a uma manifesta dificuldade dos médicos de família na identificação de doentes com

necessidades paliativas ou ao facto de os doentes estarem sintomaticamente controlados e serem de baixa complexidade. A aplicação desta ferramenta permite a identificação destes utentes e o melhor planeamento de cuidados a vários níveis.

Palavras-chave: Necessidades paliativas, Cuidados Paliativos, Cuidados de Saúde Primários, SPICT-PT™.

Abstract

Introduction: The Portuguese population is in an aging process. Since Portugal has one of the highest average life expectancy rates, but the lowest rate of years of healthy life, palliative needs should be predictably increasing. One of the barriers to timely access to palliative care is the difficulty in identifying patients who may benefit from it. These patients are mainly in the community, which includes the home and nursing homes, so primary health care teams are in the best position to identify patients with potential palliative needs.

Objective: To assess palliative needs in a Family Health Unit in Matosinhos.

Methods: Cross-sectional observational study in a sample of patients aged 65 years or over from a Family Health Unit in Matosinhos, through the application of the palliative needs assessment scale – SPICT-PT™.

Results: The sample consisted of 349 patients, 56.4% female and 43.6% male. The median age was 74 years. The most prevalent pathological group was related to the circulatory system, followed by the group of endocrine diseases and oncological diseases. 25 (7.2%) patients with palliative needs were identified. These have a higher median age as well as a higher degree of dependence. This group had a greater number of diseases of the circulatory system, psychological and oncological. Of the patients with palliative needs, 6 (24%) were referred to the palliative care team.

Discussion/Conclusion: The identification of 7.2% of patients aged 65 years and over with palliative needs is similar to that reported in other studies. Patients with palliative needs are older and more dependent patients. Thus, with the increasing aging of the population, monitoring and periodic evaluation of these patients becomes very relevant. The low number of referrals of patients with palliative needs to the palliative care team is also in line with other studies. This data may be due to a clear difficulty of family physicians in identifying patients with palliative needs or it could be the fact that patients are symptomatically controlled and are of low complexity. The application of this tool allows the identification of these patients and the best planning of care at various levels.

Keywords: Palliative needs, Palliative Care, Primary Health Care, SPICT-PT™.

Lista abreviaturas

ACES – agrupamento de centros de saúde

CP – cuidados paliativos

CSP – cuidados de saúde primários

DM – diabetes mellitus

ECP – equipa de cuidados paliativos

ICPC-2 – classificação internacional de cuidados primários 2ª edição

HTA – hipertensão arterial

NP – necessidades paliativas

SPICT-PT™ - Supportive and Palliative Care Indicators Tool versão portuguesa

ULSM – unidade local de saúde de Matosinhos

USF – unidade de saúde familiar

Introdução

A tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas na Europa e Portugal não é exceção, com um crescente aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens e de pessoas em idade ativa na população total¹. Em Portugal, entre 2015 e 2020, a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos) aumentou de 20,7% para 22,4%¹. Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 146,5 para 167,0¹.

A esperança de vida em Portugal é ligeiramente superior à média da União Europeia, mas diminuiu quase um ano em 2020 devido às mortes causadas pela COVID-19². Em 2020, as mulheres tinham uma esperança de vida mais de seis anos superior à dos homens (84,1 anos em oposição a 78,0 anos)². O aumento da longevidade deu origem a um fenómeno no mundo ocidentalizado: o da emergência das doenças crónicas não transmissíveis, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada³. O peso das doenças não transmissíveis é elevado, sendo que as doenças cardiovasculares e o cancro são as principais causas de morte².

O aumento da esperança de vida de uma população não significa necessariamente que esse tempo extra de vida seja em boa saúde¹. Em 2019, o número de anos de vida em saúde (vida saudável), em Portugal, foi estimado em 60,6 anos para os homens e 57,8 anos para as mulheres, abaixo do valor médio para a União Europeia, de 64,2 e 65,1 anos, respetivamente¹.

Todos os doentes com doenças crónicas, sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida reconhecidamente limitado, devem ter acesso a cuidados paliativos³. Assim, prevê-se que as necessidades de cuidados paliativos estejam a aumentar. Na Europa 85% da população atualmente morre de doença crónica como cancro, doença cardiovascular ou demência⁴. As doenças crónicas caracterizam-se por uma progressão lenta, flutuações na trajetória de doença, longa duração e prognóstico incerto, sendo um grande desafio o seu tratamento, durante cada vez mais tempo, até fases muito avançadas da sua progressão⁴. Durante as fases avançadas de doença crónica, os doentes normalmente sofrem de dor de grande

intensidade e outros sintomas físicos e psíquicos, pelo que beneficiariam de cuidados paliativos (CP)^{3,4}.

Torna-se, portanto, essencial identificar os doentes que precisam de CP, que são cuidados ativos de conforto (físico, psíquico, social e espiritual), não com o objetivo curativo, mas sim de promoção de qualidade de vida em todas as suas vertentes⁵. Os doentes com doenças progressivas avançadas vivenciam diferentes trajetórias de declínio e geralmente têm necessidades variadas em diferentes fases da doença⁴. Assim, o processo de identificação não deve ser baseado apenas na previsão de mortalidade ou sobrevivência, mas também se deve concentrar em antecipar as necessidades sempre que ocorrerem e prever o curso do declínio funcional para desencadear uma avaliação holística e fazer um plano de cuidados paliativos proativo⁴.

Há evidência, a partir de estudos controlados randomizados, que o acesso precoce a cuidados paliativos especializados promove qualidade de vida, reduz tempo de internamento hospitalar e hospitalizações e pode prolongar a sobrevida^{4,6}. No entanto, a evidência recente mostra que os cuidados paliativos normalmente chegam tarde na trajetória da doença e o acesso a CP é desigual^{4,6}.

De acordo com vários estudos é sabido que genericamente os médicos sobrestimam a sobrevida dos seus doentes, embora o façam com maior precisão na fase de morte iminente³. Uma das barreiras ao acesso atempado de cuidados paliativos é a dificuldade na identificação dos doentes que poderão beneficiar deles⁴. Assim, torna-se fundamental desenvolver instrumentos que permitam tão precocemente quanto possível que os doentes passem a receber os cuidados paliativos de qualidade que a sua condição impõe⁴.

Os doentes com necessidades paliativas (NP) estão nos hospitais, nas unidades de cuidados continuados, mas sobretudo na comunidade, que inclui o domicílio e os lares de acolhimento, pelo que as equipas de cuidados de saúde primários estão na melhor posição para identificar doentes com potenciais NP⁵. As necessidades da maioria das pessoas no final da vida (aproximadamente 85-90%) podem ser atendidas com cuidados paliativos primários prestados por médicos de família⁷.

Identificar os utentes que apresentam NP poderá ser um desafio para os médicos de família, embora várias ferramentas de identificação tenham sido desenvolvidas para este fim⁴.

A escala SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível, permite avaliar a necessidade de CP e fazer o planeamento de cuidados futuros⁵. Foi primariamente desenvolvida na Escócia, em 2010, e atualmente está difundida em mais de 30 países^{5,8}, estando já traduzida e validada para a língua portuguesa (SPICT-PT™)⁸. Consiste numa ferramenta de aplicação simples com uma estrutura que compreende (anexo 1):

1. Lista de indicadores gerais de deterioração da saúde como admissões hospitalares, declínio funcional, aumento da dependência, declínio nutricional, sintomas persistentes, escolha do doente/família;
2. Lista de indicadores clínicos de doenças limitantes de vida como o cancro, a demência/fragilidade, a doença neurológica, a doença cardiovascular, a doença respiratória, a doença renal e a doença hepática;
3. Recomendações para avaliação dos cuidados atuais e planeamento dos cuidados futuros.

Estudos internacionais têm vindo a avaliar as necessidades paliativas em ambiente hospitalar e em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) ⁹⁻¹⁶. Até à data não se conhecem estudos a nível nacional que avaliem as necessidades paliativas no âmbito dos CSP pelo que se torna de extrema relevância a realização de um estudo nesta área.

No concelho de Matosinhos a Unidade Local de Saúde (ULSM) integra sob a mesma direção administrativa o Hospital Pedro Hispano e o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Matosinhos. Na ULSM existe uma Equipa de Cuidados Paliativos (ECP) dirigida a doentes com doença crónica oncológica e não oncológica, incurável e/ou grave, progressiva e com prognóstico limitado. A referenciação dos doentes pode ser feita tanto pelos médicos dos CSP como pelos médicos hospitalares. Esta equipa presta apoio a nível comunitário, intra-hospitalar (a doentes internados nos diversos

serviços do hospital) e consulta externa, estabelecendo a continuidade de cuidados entre os dois níveis de intervenção.

Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar as necessidades paliativas numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Concelho de Matosinhos (USF Porta do Sol) utilizando a ferramenta SPICT-PT™.

Foram também determinados os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar a amostra de utentes a quem foi aplicada a ferramenta SPICT-PT™;
2. Comparar as características da amostra com necessidades paliativas identificada pela ferramenta SPICT (SPICT-PT™-positivos) da restante amostra (SPICT-PT™-negativos);
3. Avaliar o número de referências da amostra em estudo à equipa de cuidados paliativos (ECP).

Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal.

A população foi constituída por todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos inscritos na USF Porta do Sol, 3738 utentes à data do estudo. Foi feita uma amostra consecutiva. Considerando um intervalo de confiança de 95% e um nível de precisão de 5%, tendo em consideração o número total de utentes da USF com idade igual ou superior a 65 anos à data da colheita de dados (3738), a amostra foi de 349 utentes. Dividiu-se a população em três grupos por idade e sexo e calcularam-se as proporções na amostra para serem as mesmas da população real.

Tabela 1: Distribuição da amostra por grupo etário e sexo.

65 a 74 anos (grupo1)		75 a 84 anos (grupo 2)		≥85 anos (grupo 3)	
Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
87	105	50	62	15	30
192		112		45	
349					

Foram incluídos todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos inscritos na USF Porta do Sol que tivessem consulta presencial com o médico de família, na USF ou no domicílio, e que aceitassem participar no estudo, dando o seu consentimento informado por escrito (anexo 2).

Todas as 10 médicas da USF aceitaram e participaram na recolha de dados. Durante o período de estudo e aquando do contacto de cada utente com a sua médica de família, procedeu-se ao preenchimento da ferramenta SPICT-PT™, 1ª e 2ª parte, correspondentes a indicadores gerais e indicadores clínicos de mau prognóstico, bem como à colheita de dados sociodemográficos (sexo, idade, institucionalização ou não), índice de Barthel, principal doença subjacente e verificação de referenciação à ECP. O preenchimento da ferramenta foi feito em papel por todas as médicas de família da USF em todos os contactos presenciais do utente até se perfazer o tamanho amostral definido. Cada médica tinha uma tabela com o número de utentes dos quais deveria recolher os dados, de acordo com o grupo etário e sexo. A colheita de dados decorreu entre Dezembro 2022 e Fevereiro de 2023.

Os dados recolhidos foram registados pela investigadora numa base de dados construída para o efeito em Microsoft Excel® 365. Esta base de dados não contém qualquer elemento identificativo dos utentes para além do sexo e idade. Todos os restantes pontos da base de dados referem-se às variáveis já referidas anteriormente e aos itens da escala SPICT-PT™. Apenas os investigadores tiveram acesso à base de dados, de modo a garantir a confidencialidade total dos dados. A base de dados não sofreu cópias, divulgação ou reprodução para infraestruturas informáticas externas aos serviços informáticos de saúde. Todos os dados foram tratados de forma confidencial e apenas no âmbito deste estudo, e serão destruídos ao fim de 2 anos.

Tabela 2: Definição das variáveis em estudo

Variável	Tipo de Variável	Definição Operacional
Idade	Quantitativa discreta	Número inteiro de anos completos à data de preenchimento da ferramenta SPICT-PT™
Sexo	Qualitativa Nominal	Masculino Feminino
Institucionalização	Qualitativa Nominal	Sim

		Não
Referenciação ECP	Qualitativa Nominal	Sim Não
Escala Barthel	Quantitativa	Valor em percentagem
Principal doença subjacente	Qualitativa Nominal	Nome da principal doença, classificada de acordo com a ICPC-2 (classificação internacional de cuidados primários – 2ª edição).

Em relação à principal patologia associada, foi feito o agrupamento das patologias de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados Primários 2ª edição (ICPC-2) nos vários aparelhos/sistemas, com a exceção das doenças oncológicas que formaram um grupo independente (anexo 3).

As restantes variáveis em estudo são as referentes à ferramenta SPIC-PT™ (anexo 1), todas qualitativas nominais, classificando-se como SIM ou NÃO em cada item.

O tratamento dos dados foi efetuado utilizando os testes estatísticos: Mann-Whitney para comparar variáveis ordinais ou quantitativas com distribuição não normal entre 2 grupos independentes e o teste qui-quadrado para estudar a associação entre variáveis categóricas. Além disso também foi realizada estatística descritiva: frequências absolutas e relativas (n, %) para variáveis categóricas; mediana e intervalo interquartil para variáveis quantitativas. Foi considerado estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$. A análise estatística foi efetuada com recurso ao software IBM SPSS Statistics versão 28.

Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPIC-PT™)

Consideram-se doentes com necessidades paliativas se preencherem 2 critérios da lista de indicadores gerais de deterioração da saúde e pelo menos 1 critério da lista de indicadores clínicos específicos⁸. A SPIC-PT™ é de acesso e uso gratuito na prática clínica e pode ser acedida através do link: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>.

O protocolo do estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ULSM (nº 85/CES/JAS de 14/10/2022) (anexo 4). Também foi obtido o parecer favorável pela Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação

(refª66/CLPSI/2022) (anexo 5), pela coordenadora da USF Porta do Sol (anexo 6), pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACES Matosinhos (anexo 7) e pelo Conselho de Administração da ULSM (anexo 8).

Resultados

Caracterização geral da amostra

Todos os utentes ou cuidadores questionados aceitaram participar no estudo. A amostra foi constituída por 349 utentes, 197 do sexo feminino (56,4%) e 152 do sexo masculino (43,6%). A mediana de idades foi de 74 anos, com o mínimo de 65 anos e máximo de 97 anos. Relativamente à institucionalização apenas 2 utentes estavam institucionalizados. Em relação à referenciação para ECP apenas 6 utentes foram referenciados. Quanto ao índice de dependência avaliado pela escala de Barthel, a maioria dos utentes era totalmente independente 308 (88,3%), 5 (1,4%) apresentava dependência ligeira, 26 (7,4%) dependência moderada e 10 (2,9%) apresentava dependência grave.

A hipertensão arterial (HTA) e a diabetes mellitus (DM) foram das patologias principais mais codificadas, dada a sua elevada prevalência na consulta de medicina geral e familiar. Foram agrupadas no grupo aparelho circulatório e endócrino, respetivamente, daí estes grupos apresentarem maior representatividade. Na tabela 3 podemos verificar a distribuição dos utentes pelos diversos grupos patológicos:

Tabela 3: Patologias identificadas com a classificação ICPC-2

Grupo patológico	valor
Aparelho circulatório	170 (48,7%) – 106 (30,4%) HTA
Endócrino, metabólico, nutricional	63 (18,1%) – 54 (15,5%) DM
Doenças oncológicas	33 (9,5%)
Psicológico	24 (6,9%)
Sistema músculo-esquelético	24 (6,9%)
Aparelho respiratório	18 (5,2%)
Aparelho digestivo	3 (0,9%)
Sistema neurológico	3 (0,9%)

Aparelho urinário	2 (0,6%)
Outras (hemocromatose, catarata, glaucoma, síndrome vertiginoso, surdez, psoríase, hipertrofia prostática benigna, pobreza)	9 (2,6%)

O grupo mais prevalente foi o da patologia do aparelho circulatório, seguido do grupo de doenças endócrinas e as doenças oncológicas.

Na tabela seguinte estão representadas todas as variáveis descritivas da SPICT-PT™:

Tabela 4: Variáveis descritivas da SPICT-PT™

SPICT-PT™ (Ferramenta de Indicadores de Cuidados Paliativos e de Suporte)		
Indicadores gerais de deterioração da saúde	Não (%)	Sim (%)
Internamentos hospitalares não planeados	331 (94,8)	18 (5,2)
Má performance funcional ou declínio com reversibilidade limitada	333 (95,4)	16 (4,6)
Dependente de outros nos cuidados	320 (91,7)	29 (8,3)
O cuidador precisa de mais assistência	337 (96,6)	12 (3,4)
Perda ponderal progressiva, permanece abaixo do peso normal	339 (97,1)	10 (2,9)
Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado	339 (97,1)	10 (2,9)
O doente/família pede CP; escolhe reduzir, parar ou não receber tratamento, deseja focar-se na qualidade de vida	348 (99,7)	1 (0,3)
Indicadores clínicos de doenças limitantes da vida		
Cancro		
Deterioração da capacidade funcional devido a cancro progressivo	345 (98,9)	4 (1,1)
Estado físico muito debilitado para tratamento oncológico ou tratamento apenas para controlo dos sintomas	347 (99,4)	2 (0,6)
Demência/fragilidade		
Incapacidade de se vestir, andar ou comer sem ajuda	336 (96,3)	13 (3,7)
Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição	345 (98,9)	4 (1,1)
Incontinência fecal ou urinária	338 (96,8)	11 (3,2)
Incapacidade em manter a interação verbal, pouca interação social	340 (97,4)	9 (2,6)
Quedas frequentes, fratura do fémur	344 (98,6)	5 (1,4)
Episódios frequentes de febre ou infeções; pneumonia de aspiração	349 (100,0)	0 (0,0)
Doença Neurológica		
Deterioração progressiva das funções físicas e/ou cognitivas	336 (96,3)	13 (3,7)
Problemas de fala com crescente dificuldade de comunicação e/ou deglutição	348 (99,7)	1 (0,3)

Pneumonias de aspiração frequentes; dispneia ou insuficiência respiratória	348 (99,7)	1 (0,3)
Paralisia persistente após AVC com significativa perda de função e incapacidade progressiva	349 (100,0)	0 (0,0)
Doença Cardiovascular		
Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa e intratável com sintomas de dispneia ou dor torácica em repouso ou esforço mínimo	336 (96,3)	13 (3,7)
Doença arterial periférica grave e inoperável	348 (99,7)	1 (0,3)
Doença respiratória		
Doença pulmonar crónica grave: dispneia em repouso ou esforço mínimo entre exacerbações	346 (99,1)	3 (0,9)
Hipóxia persistente com necessidade de O ₂ de longo prazo	348 (99,7)	1 (0,3)
Já precisou de ventiloterapia para insuficiência respiratória ou a ventilação é contraindicada	347 (99,4)	2 (0,6)
Doença Renal		
Estádios 4 e 5 de doença renal crónica (TFG<30mL/min) com agravamento clínico	347 (99,4)	2 (0,6)
Insuficiência renal com complicações para outras condições clínicas limitantes ou tratamentos	348 (99,7)	1 (0,3)
Indicação para parar ou intolerância à diálise	349 (100,0)	0 (0,0)
Doença Hepática		
Cirrose com uma ou mais complicações no último ano	349 (100,0)	0 (0,0)
Transplante hepático contraindicado	349 (100,0)	0 (0,0)
Outras situações		
Deterioração e risco de morrer de outras condições ou complicações irreversíveis	349 (100,0)	0 (0,0)
SPICT™-PT POSITIVO	324 (92,8)	25 (7,2)

Podemos verificar que entre os indicadores gerais de deterioração da saúde, a dependência de outros nos cuidados, os internamentos hospitalares não planeados e a má performance funcional ou declínio com reversibilidade limitada foram os mais identificados. De referir também que apenas foi identificada uma situação em que o utente/família pediu CP; escolheu reduzir, parar ou não receber tratamento, desejando focar-se na qualidade de vida.

Comparação da amostra com necessidades paliativas

Foram identificados 25 (7,2%) doentes com necessidades paliativas. Apresenta-se de seguida uma tabela com a comparação entre os utentes SPICT-PT™ negativo e SPICT-PT™ positivo:

Tabela 5: Comparação entre os utentes SPICT-PT™ negativo e SPICT-PT™ positivo

Variáveis	SPICT-PT™ Negativo (n=324)	SPICT-PT™ Positivo (n=25)	p
Idade, med (1ºQ, 3ºQ)	73 (70; 79)	84 (76; 87,5)	<0.001 ^a
Sexo, n (%)			
Feminino	183 (56,5)	14 (56,0)	0.963 ^b
Masculino	141 (43,5)	11 (44,0)	
Escala de Barthel (%), med (1ºQ, 3ºQ)	100% (100; 100)	75% (15; 85)	<0.001 ^a
Institucionalização, n (%)			
Não	323 (99,7)	24 (96,0)	
Sim	1 (0,3)	1 (4,0)	
Referenciação ECP, n (%)			
Não	324 (100,0)	19 (76,0)	
Sim	0 (0,0)	6 (24,0)	
Grupo patológico, n (%)			
Aparelho circulatório	162 (50,0)	8 (32,0)	
Endócrino, metabólico, nutricional	62 (19,1)	1 (4,0)	
Doenças oncológicas	28 (8,6)	5 (20,0)	
Sistema músculo-esquelético	23 (7,1)	1 (4,0)	
Psicológico	17 (5,2)	7 (28,0)	
Aparelho respiratório	16 (4,9)	2 (8,0)	
Aparelho digestivo	3 (0,9)	0 (0,0)	
Sistema neurológico	2 (0,6)	1 (4,0)	
Aparelho urinário	2 (0,6)	0 (0,0)	
Outras (hemocromatose, catarata, glaucoma, síndrome vertiginoso, surdez, psoríase, hiperplasia da próstata, pobreza)	9 (2,8)	0 (0,0)	

Legenda: ^a Mann-Whitney test; ^b chi-square test

Pela análise da tabela, podemos verificar que o grupo SPICT-PT™ positivo apresenta uma mediana de idade superior em comparação com o grupo SPICT-PT™ negativo, e esta diferença é estatisticamente significativa. Relativamente ao índice de dependência avaliado pela escala de Barthel, o grupo SPICT-PT™ positivo apresenta um grau mais elevado de dependência em comparação com o grupo SPICT-PT™ negativo, e esta diferença também é estatisticamente significativa. Em relação ao sexo e à institucionalização não há diferença entre os dois grupos. Apesar de não podermos verificar diferenças estatísticas quanto à referenciação para a ECP, por o n ser muito pequeno, verifica-se que os utentes referenciados para esta equipa são todos SPICT-PT™ positivo. Pelo mesmo motivo, também não podemos tirar conclusões estatísticas relativamente às patologias identificadas. No entanto, verifica-se que o grupo SPICT-PT™ positivo apresenta um número maior de doenças

do aparelho circulatório (5 doentes com insuficiência cardíaca), do foro psicológico (6 doentes com demência) e do foro oncológico.

Caracterização dos doentes referenciados à ECP

Apesar de terem sido identificados 25 doentes com necessidades paliativas, apenas 6 estavam referenciados à ECP. Na tabela seguinte podemos analisar a caracterização destes doentes:

Tabela 6: Caracterização dos doentes referenciados à ECP.

Sexo	Idade	Patologia
masculino	67	Neoplasia maligna estômago
masculino	87	Neoplasia maligna da próstata
feminino	85	Insuficiência cardíaca
feminino	76	Doença aparelho circulatório, outra
masculino	75	Neoplasia endócrina, outra
masculino	70	Insuficiência cardíaca

Verifica-se que os doentes referenciados à ECP são maioritariamente doentes oncológicos ou com patologia cardiovascular.

Discussão

A identificação de 7,2% de doentes com idade igual ou superior a 65 anos com necessidades paliativas é semelhante à referida noutros estudos (5,1%, 9,2% e 17,3%) que decorreram na população idosa, em cuidados de saúde primários na Austrália e Japão^{4,10,11}. Tal como previsto, os doentes com necessidades paliativas são doentes mais idosos e mais dependentes. Assim, com o crescente envelhecimento da população, o acompanhamento e a avaliação periódica destes utentes torna-se muito pertinente.

As patologias mais frequentes nestes doentes foram a insuficiência cardíaca, doenças oncológicas e demências, o que também é semelhante a outros estudos^{4,10,11,17}.

Um dado relevante é o baixo número de referenciação de doentes com necessidades paliativas à equipa de cuidados paliativos. 24% dos doentes com necessidades paliativas estavam a ser acompanhados por esta equipa, dado este também de acordo com estudos realizados no Japão^{10,11}. Este valor pode dever-se a uma manifesta dificuldade dos médicos de família na identificação de doentes com necessidades paliativas e como tal a não referenciação, principalmente dos doentes não oncológicos. Outra hipótese poderá ser o facto dos doentes, apesar de apresentarem necessidades paliativas, estarem sintomaticamente controlados e serem de baixa complexidade, daí a não referenciação, como por exemplo nas demências, em que os doentes têm muitas necessidades de cuidados, mas estão sintomaticamente controlados. Para além disso, a identificação destes doentes não implica necessariamente a sua referenciação à ECP, mas funciona como uma chamada de atenção para desencadear uma avaliação holística e fazer um plano de cuidados paliativos proativo.

Este estudo serve de alerta aos médicos de família para a dificuldade e para a necessidade na identificação atempada dos doentes com necessidades paliativas de forma a iniciar atempadamente um plano de cuidados específicos e dirigido. Usando a SPICT-PT™, de fácil e rápida aplicação na consulta, haverá certamente um aumento de doentes identificados com necessidades paliativas e consequente implementação de um plano individual de cuidados que inclua os cuidados paliativos: sejam ações paliativas realizadas pela equipa de saúde familiar (que poderão ser a maioria das situações), com clarificação das necessidades da pessoa em fim de vida e da sua família, discussão de um plano de cuidados e atuação proativa; ou a referenciação à ECP. A articulação e integração de cuidados a vários níveis (cuidados de saúde primários e secundários) torna-se muito pertinente nestes doentes, sendo que na ULSM esta integração já está bem estabelecida e implementada.

Forças e fraquezas do estudo

Uma das limitações deste estudo é o uso de uma amostra consecutiva, tendo sido incluídos os utentes que tinham consulta presencial agendada com a médica de família ou os utentes a quem foi realizada consulta domiciliária. Outros doentes que

não tiveram consulta no período do estudo, que possam até ter necessidades paliativas e já estar a ser seguidos pela ECP ou até que estivessem internados no período do estudo não foram incluídos.

O facto de a amostra ser representativa da população em termos de idade e sexo e de todas as médicas de família da USF terem participado no estudo, com igual número de utentes de todas as listas, foi muito positivo e permite-nos extrapolar os resultados da amostra para a população.

Perspetivas futuras

A divulgação da ferramenta SPICT-PT™ nos cuidados de saúde primários e eventualmente a sua introdução no programa informático utilizado pelos médicos e enfermeiros de família poderá ser uma mais-valia na melhoria do conhecimento, prestação e planeamento de cuidados.

Conclusão

A aplicação da ferramenta SPICT-PT™ numa USF do concelho de Matosinhos permitiu a identificação de 7,2 % de utentes com idade igual ou superior a 65 anos com necessidades paliativas. Os doentes com necessidades paliativas são doentes mais idosos e mais dependentes. As patologias mais frequentes nestes doentes foram a insuficiência cardíaca, doenças oncológicas e demência. A aplicação desta ferramenta permite a identificação destes utentes a nível dos cuidados de saúde primários e o melhor planeamento de cuidados a vários níveis.

Referências bibliográficas

1. Estatísticas demográficas 2020; www.ine.pt
2. Portugal: perfil de saúde do país 2021 - OCDE
3. Barbosa A, Galriça Neto I. Manual de cuidados paliativos. 1ª Edição. FMUL. 2006.
4. ElMokhallati Y, Bradley S, Chapman E, Ziegler L, Murtagh F, Johnson M, et al. Identification of patients with potential palliative care needs: a systematic review of screening tools in primary care. *Palliative medicine*. 2020; 34(8): 989-1005.
5. SPIC-TTM [Internet]. SPIC-T.2019. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>
6. Mason B, Boyd K, Steyn J, Kendall M, Macpherson S, Murray S. Computer screening for palliative care needs in primary care: a mixed-methods study. *Br J Gen Pract*. 2018 May; 68: 360-369.
7. Afshar K, Wiese B, Schneider N, Muller-Mundt G. Systematic identification of critically ill and dying patients in primary care using the German version of the supportive and palliative care indicators tool (SPIC-T-DE). *German Medical Science*. 2020; 18, ISSN 1612-3174.
8. Mira M, Pina P, Barbosa AJF. Tradução e validação da escala SPIC-TTM (Supportive & Palliative Care Indicators Tool) para a população portuguesa. FMUL. 2018; 1-47.
9. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila A, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliative Medicine*. 2014, Vol. 28(4): 302-11.
10. Hamano J, Oishi A, Kizawa Y. Identified Palliative Care Approach Needs with SPIC-T in Family Practice: A Preliminary Observational Study. *J Palliative Med*. 2018,21:1-7.
11. Hamano J, Oishi A, Kizawa Y. Prevalence and Characteristics of Patients Being at Risk of Deteriorating and Dying in Primary Care. *J Pain Symptom Management*. 2019, 57: 266-72.
12. Martins O. Identificação de Doentes Internados num Serviço de Medicina Interna com Necessidades de Cuidados Paliativos. RPMI. 2020, 27: 131-38.
13. Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and Evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPIC-T): a mixed-method study. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2013, 1-6.
14. Piers R, De-Bruwer I, Baeyens H, Velghe A, Hens L, Deschepper E, et al. Supportive and Palliative Care Indicators Tool prognostic value in older hospitalised patients: a prospective multicentre study. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2021, 1-8.
15. De-Bock R, Noortgate VD, Piers R. Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population. *J Palliative Med*. 2018, 21: 220-224.
16. Bourmorck D, Saint-Hubert M, Desmedt M, Piers R, Flamente J, Brauwer I. SPIC-T as a predictive tool for risk of 1-year health degradation and death in older patients admitted to the emergency department: a bicentric cohort study in Belgium. *BMC Palliative Care*. 2023, 22:79.

17. Wijmen MPS, Schweitzer BPM, Pasman HR, Onwuteaka-Philipsen BD. Identifying patients who could benefit from palliative care by making use of the general practice information system: the Surprise Question versus the SPICT. *Family Practice*, 2020, vol.37(5): 641-647

Anexo 1 – Ferramenta SPICT



Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPICT-PT™)

A SPICT™ é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível. Permite avaliar a necessidade de cuidados paliativos e fazer o seu planeamento.

Procurar por indicadores gerais de deterioração da saúde

- Internamentos hospitalares não planeados.
- Má performance funcional ou declínio com reversibilidade limitada (pessoa acamada ou em cadeira-de-rodas mais do que 50% do dia).
- Dependente de outros nos cuidados pessoais devido a problemas de saúde físicos e/ou mentais.
- O cuidador precisa de mais assistência.
- Perda ponderal progressiva; permanece abaixo do peso normal; massa muscular diminuída.
- Sintomas persistentes, apesar do tratamento otimizado para as doenças de base.
- O próprio (ou a família) pede cuidados paliativos; escolhe reduzir, parar ou não receber tratamento; deseja focar-se na qualidade de vida.

Procurar por indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida

Cancro

Deterioração da capacidade funcional devido a cancro progressivo.

Estado físico muito debilitado para tratamentos oncológicos ou tratamento apenas para controlo dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapacidade de se vestir, andar ou comer sem ajuda.

Redução na ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.

Incontinência fecal ou urinária.

Incapacidade em manter a interação verbal; pouca interação social.

Quedas frequentes; fratura do fémur.

Episódios frequentes de febre ou infeções; pneumonia de aspiração.

Doença neurológica

Deterioração progressiva das funções físicas e/ou cognitivas apesar de terapia otimizada.

Problemas de fala com crescente dificuldade de comunicação e/ou deglutição.

Pneumonias de aspiração recorrentes; dispneia ou insuficiência respiratória.

Paralisia persistente após Acidente Vascular Cerebral com significativa perda de função e incapacidade progressiva.

Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa e intratável: com sintomas de dispneia ou dor torácica em repouso ou com esforço mínimo.

Doença arterial periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença pulmonar crónica grave: dispneia em repouso ou com esforço mínimo entre as exacerbações.

Hipóxia persistente com necessidade de oxigenoterapia de longo prazo.

Já precisou de ventiloterapia para insuficiência respiratória ou a ventilação é contraindicada.

Outras situações

Deterioração e risco de morrer de outras condições ou complicações irreversíveis; qualquer tratamento disponível terá poucos resultados.

Doença renal

Estádios 4 e 5 de doença renal crónica (TFG < 30 mL/min) com agravamento clínico.

Insuficiência renal com complicações para outras condições clínicas limitantes ou tratamentos.

Indicação para parar ou intolerância à diálise.

Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:

- ascite resistente a diuréticos
- encefalopatia hepática
- síndrome hepatorenal
- peritonite bacteriana
- hemorragias recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático contraindicado.

Avaliar os cuidados atuais e planear os cuidados futuros

- Revisão do tratamento e medicação atuais para garantir que a pessoa recebe cuidados otimizados; polifarmácia minimizada.
- Considerar encaminhamento para um especialista se os sintomas ou problemas forem complexos ou difíceis de tratar.
- Acordar um plano imediato e futuro de cuidados com a pessoa e a sua família. Apoiar os cuidadores.
- Planear com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda da capacidade de decisão.
- Comunicar, coordenar e fazer o registo do plano de cuidados.

Para mais informações e atualizações, registe-se no SPICT website (www.spict.org.uk)

SPICT™, Maio 2019

Anexo 2 – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Título do estudo: Avaliação das Necessidades Paliativas numa Unidade de Saúde Familiar

Enquadramento: Estudo realizado na USF Porta do Sol no âmbito de tese de mestrado em Cuidados Paliativos FMUP

Explicação do estudo: Estudo observacional transversal numa amostra de utentes com idade igual ou superior a 65 anos da USF Porta do Sol, quando presentes na consulta com a sua médica de família, através da aplicação da escala de avaliação de necessidades paliativas – SPICT™-PT.

Condições e financiamento: não há pagamento de deslocações ou contrapartidas; tem carácter voluntário da participação e a ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar; informar que o estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética.

Confidencialidade e anonimato: garantir confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo; prometer anonimato (não registo de dados de identificação); assegurar que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Obrigada pela disponibilidade,

Ilda Gonçalves, médica de família USF Porta do Sol.

Por favor, leia com atenção a informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura/s de quem pede consentimento:

... ..
... ..

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização

dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:... .. **Data:** / /

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME:

BI/CC N.º: **DATA OU VALIDADE** / /

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO : UMA VIA PARA A INVESTIGADORA , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Anexo 3 – Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª edição - ICPC-2

ICPC-2 Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª Edição Comité Internacional Classificações Wonca (WICC)  Procedimentos -30 Exame médico/aval. saúde - completo -31 Exame médico/aval. saúde - parcial -32 Teste de sensibilidade -33 Exame microbiológico/imunológico -34 Análise de sangue -35 Análise de urina -36 Exame de fezes -37 Citologia exfoliativa/histologia -38 Outras análises laboratoriais NE -39 Teste de função física -40 Endoscopia diagnóstica -41 Radiologia/imagiologia diagnóstica -42 Traçados elétricos -43 Outros procedimentos diagnósticos -44 Vacinação/medicação preventiva -45 Obs./educ. Saúde/aconselhamento/dieta -46 Consulta com prestador de CSP -47 Consulta com especialista -48 Clarificação/discussão de MC/pedido -49 Outros procedimentos preventivos -50 Medicação/prescrição/renovação/ injeção -51 Inalação/insufusão/aspiração/remoção -52 Excisão/biopsia/remoção/cauterização -53 Instrumentação/caterização/intubação -54 Reparação/sutura/gesso/prótese -55 Injeção local /infiltração -56 Ponto/ligadura/compressão/amponamento -57 Medicina física/reabilitação -58 Aconselhamento/escuta terapêutica -59 Outros. proc. terapêuticos/peq. cirurgia NE -60 Resultados análises/procedimentos -61 Result. exames/teste/carta out. prestador -62 Procedimento administrativo -63 Consulta de seguimento não especificada -64 Episódio / problema inic. pelo prestador -65 Episódio / problema inic. por outro NE -66 Refer. out. prestador /enf. /ass social/terap. -67 Refer. médico/especialista/clínica/hospital -68 Outras referências NE -69 Outro motivo consulta NE	B - Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático, Baço B02 Gânglio(s) linfático(s) aumentado(s) de volume / doloroso(s) B04 Sinais / Sintomas do sangue B25 Medo de SIDA / VIH B26 Medo de cancro do sangue/ Linfático B27 Medo de outras doenças do sangue/ Linfáticos B28 Limitação funcional / Incapacidade B29 Outros sinais/sintomas do sangue/ Linfáticos/por mecanismo imune B70 Linfadenite aguda B71 Linfadenite B72 Doença de Hodgkin / Linfomas B73 Leucemia B74 Outra neoplasia maligna do sangue B75 Neoplasia benigna do sangue NE B76 Ruptura traumática do baço B77 Outras lesões do sangue/ Linfa / Baço B78 Anemia hemolítica hereditária B79 Out. malif. congénita do sangue/Linfática B80 Anemia por deficiência de ferro B81 Anemia por deficiência de Vit. B12 / Folatos B82 Outra anemia / Não especificada B83 Púrpura / Defeitos de coagulação B84 Glóbulos brancos anormais inexplicados B87 Esplenomegalia B90 Infecção-VIH / SIDA B99 Outra doença do sangue/ Linfáticos / Baço PROCEDIMENTOS SINAIS/SINTOMAS INFECÇÕES NEOPLASIAS TRAUMATISMOS ANOMALIAS CONGÊNITAS OUTROS DIAGNÓSTICOS	F - Olho F01 Dor no olho F02 Olho vermelho F03 Secção ocular F04 Moscas volantes/ Pontos luminosos/ Manchas F05 Perturbação visual, outra F13 Sensação ocular anormal F14 Movimentos oculares anormais F15 Aparência anormal do olho F16 Sinal / Sintoma da pálpebra F17 Sinal / Sintoma relacionado com os olhos F18 Sinal / Sintoma relacionado lentes de contacto F27 Medo de doença ocular F28 Limitação funcional / Incapacidade F29 Sinal / Sintoma ocular, outro F70 Conjuntivite infecciosa F71 Conjuntivite alérgica F72 Blefarite / Hordeólo / Calázio F73 Infecção / Inflamação ocular, outra F74 Neoplasia do olho / anexos F75 Contusão / Hemorragia ocular F76 Corpo estranho ocular F79 Lesão traumática ocular, outra F80 Obstrução do canal lacrimal da criança F81 Malformação congénita do olho , outra F82 Descolamento da retina F83 Retinopatia F84 Degenerescência macular F85 Úlcera da córnea F86 Tracoma F91 Erro de refração F92 Catarata F93 Glaucoma F94 Ceceira F95 Estrabismo F99 Doença ocular / anexos, outra H – Ouvido H01 Dor de ouvidos H02 Problema de audição H03 Acúfeno / Zumbido, ruído, assobio H04 Secção do ouvido H05 Hemorragia do ouvido H13 Sensação de ouvido tapado H15 Preocupação com a aparência das orelhas H27 Medo de doença do ouvido H28 Limitação funcional / Incapacidade H29 Sinal / Sintoma do ouvido, outro H20 Oite externa H21 Oite média aguda / miringite H22 Oite média serosa H73 Infecção da trompa de Eustáquio H74 Oite média crónica H75 Neoplasia do ouvido H76 Corpo estranho no ouvido H77 Perfuração do tímpano H78 Traumatismo superficial do ouvido H79 Traumatismo do ouvido, outro H80 Malformação congénita do ouvido H81 Certamen no ouvido em excesso H82 Síndrome vertiginosa H83 Otosclerose H84 Presbiacusia H85 Lesão acústica H86 Surdez H99 Doença do ouvido / mastóide, outra	K93 Embolia pulmonar K94 Flebite / Tromboflebite K95 Veias varicosas da perna K96 Hemorroidas K99 Doença do aparelho circulatório, outra L- Sistema Musculo-Esquelético L01 Síntoma / Queixa do pescoço L02 Síntoma / Queixa da região dorsal L03 Síntoma / Queixa da região lombar L04 Síntoma / Queixa do tórax L05 Síntoma / Queixa do flanco / Axila L07 Síntoma / Queixa da mandíbula L08 Síntoma / Queixa do ombro L09 Síntoma / Queixa do braço L10 Síntoma / Queixa do cotovelo L11 Síntoma / Queixa do punho L12 Síntoma / Queixa da mão / Dedo L13 Síntoma / Queixa da anca L14 Síntoma / Queixa da perna / Coxa L15 Síntoma / Queixa do joelho L16 Síntoma / Queixa do tornozelo L17 Síntoma / Queixa do pé / Dedo do pé L18 Dor muscular L19 Síntoma / Queixa muscular NE L20 Síntoma / Queixa de articulação-NE L26 Medo de cancro do ap. músculo-esquelético L27 Medo de doença do aparelho músculo-esquelético, outra L28 Limitação funcional / Incapacidade L29 Síntoma/Queixa do aparelho músculo-esquelético, outra L70 Infecção do aparelho músculo-esquelético L71 Neoplasia maligna músculo-esquelética L72 Fractura: rádio / Cúbito L73 Fractura: tibia / Peróneo L74 Fractura: osso da mão / Pé L75 Fractura: fémur L76 Fractura, outra L77 Entorse / Distensão do tornozelo L78 Entorse / Distensão do joelho L79 Entorse / Distensão de articulação NE L80 Luxação / Subluxação L81 Traumatismo do ap. músculo-esquelético NE L82 Malformação congénita músculo-esquelética L83 Síndrome da coluna cervical L84 Síndrome da coluna semi irradiação de dor L85 Deformação adquirida da coluna L86 Síndrome da coluna com irradiação de dor L87 Bursite / Tendinite / Sinovite NE L88 Artrite reumatóide / Seropositiva L89 Osteoartrite da anca L90 Osteoartrite do joelho L91 Osteoartrite, outra L92 Síndrome do ombro doloroso L93 Cotovelo de tenista L94 Osteocondrose L95 Osteoporose L96 Lesão interna aguda do joelho L97 Neoplasia benigna / não especificada do aparelho músculo-esquelético L98 Malformação adquirida de um membro L99 Doença do ap. músculo-esquelético, outra
A - Geral e inespecífico A01 Dor generalizada / Múltipla A02 Azepeios A03 Febre A04 Debilidade / Cansaço geral A05 Sentir-se doente A06 Desmaio / Síncope A07 Coma A08 Inchaço A09 Problemas de sudorese A10 Sangramento / Hemorragia NE A11 Dores torácicas NE A13 Recuo ou nudo do tratamento A16 Bêbê irritável A18 Preocupação com a aparência A20 Pedido / Discussão da eutanásia A21 Factor de risco NE A25 Medo de morrer A26 Medo de cancro NE A27 Medo de outra doença NE A28 Limitação funcional / Incapacidade NE A29 Outros sintomas / Queixas gerais A30 Tuberculose A71 Sarampo A72 Varicela A73 Malária A74 Rubéola A75 Mononucleose infecciosa A76 Outro exantema viral A77 Outras doenças virais NE A78 Outras doenças infecciosas NE A79 Carcinomatose A80 Lesão traumática / Acidente A81 Politraumatismos / Ferimentos múltiplos A82 Efeito secundário de uma lesão traumática A84 Intoxicação por medicamento A85 Efeitos secundários de um fármaco A86 Efeito tóxico de substância não-medicinal A87 Complicações do tratamento A88 Efeitos secundários por factores físicos A89 Efeitos de uma prótese A90 Malformações congénitas NE / Múltiplas A91 Investigação com resultados anormais NE A92 Alergia / Reacção alérgica NE A93 Recém-nascido prematuro A94 Morbilidade perinatal, outra A95 Mortalidade perinatal A96 Morte A97 Sem doença A98 Medicina preventiva / Manutenção da saúde A99 Doença ou condição de natureza ou localização não especificadas	D - Aparelho Digestivo D01 Dor / Cólica abdominal generalizada D02 Dor epigástrica D03 Azia D04 Dor anal / Rectal D05 Irritação perianal D06 Dor abdominal localizada, outra D07 Dispepsia / Indigestão D08 Flatulência / Meteorismo / Eructação D09 Náusea D10 Vômitos D11 Diarreia D12 Obstrução D13 Icterícia D14 Hematemese / Vômito de sangue D15 Melena D16 Hemorragia rectal D17 Incontinência intestinal D18 Alteração nas fezes / Movimentos intestinais D19 Sinal / Sintoma dos dentes / Gengivas D20 Sinal / Sintoma da boca / Língua / Lábios D21 Problemas de deglutição D23 Hepatomegalia D24 Massa abdominal NE D25 Distensão abdominal D26 Medo de cancro do aparelho digestivo D27 Medo de outra doença do aparelho digestivo D28 Limitação funcional / Incapacidade D29 Sinal / Sintoma digestivo, outro D70 Infecção gastrointestinal D71 Papeira / Parotidite epidémica D72 Hepatite viral D73 Gastroenterite, presumível infecção D74 Neoplasia maligna do estômago D75 Neoplasia maligna do cólon / Recto D76 Neoplasia maligna do pâncreas D77 Neoplasia maligna do ap. digestivo, out. / NE D78 Neoplasia do ap. digestivo benigna / incerta D79 Corpo estranho no aparelho digestivo D80 Outras lesões do aparelho digestivo D81 Malformação congénita do aparelho digestivo D82 Doença dos dentes / Gengivas D84 Doença do esófago D85 Úlcera do duodeno D86 Úlcera péptica, outra D87 Alteração funcional do estômago D88 Apendicite D89 Hérnia inguinal D90 Hérnia de hiato D91 Hérnia abdominal, outra D92 Doença diverticular intestinal D93 Síndrome do cólon irritável D94 Enterite crónica / Colite ulcerosa D95 Fissura anal / Abscesso perianal D96 Lombrias / Outros parasitas D97 Doença de fígado NE D98 Colecistite, Colelitíase D99 Doença do sistema digestivo, outra	K - Aparelho Circulatório K01 Dor atribuída ao coração K02 Sensação de pressão / Aperto do coração K03 Dor cardiovascular NE K04 Palpitações/Percepção do batimento cardíaco K05 Irregularidade do batimento cardíaco, outra K06 Veias proeminentes K07 Tornozelos inchados / Edema K22 Factor de risco de doença cardiovascular K24 Medo de doença cardíaca K25 Medo de hipertensão K27 Medo de outra doença cardiovascular K28 Limitação funcional / Incapacidade K29 Síntoma / Queixa cardiovascular, outro K70 Doença infecciosa do aparelho circulatório K71 Febre reumática / Cardiopatia K72 Neoplasia do aparelho circulatório K73 Malformação congénita do ap. circulatório K74 Doença cardíaca isquémica com angina K75 Enfarte agudo do miocárdio K76 Doença cardíaca isquémica sem angina K77 Insuficiência cardíaca K78 Fibrilhação / Flutter auricular K79 Taquicardia paroxística K80 Arritmia cardíaca NE K81 Sopros cardíacos / Arterial NE K82 Doença cardíaca pulmonar K83 Doença valvular cardíaca NE K84 Doença cardíaca, outra K85 Tensão arterial elevada K86 Hipertensão sem complicações K87 Hipertensão com complicações K87.01 Hipertensão com lesão cardíaca K87.02 Hipertensão com lesão vascular K87.03 Hipertensão com lesão renal K87.04 Hipertensão com lesão do olho K87.05 Hipertensão com lesão cerebral K88 Hipotensão postural K89 Isquémia cerebral transitória K90 Trombose / Acidente vascular cerebral K91 Doença vascular cerebral K92 Aterosclerose / Doença vascular periférica	N - Sistema Neurológico N01 Cefaleia N03 Dor da face N04 Pernas inquietas N05 Formigueiro nos dedos / Mãos / Pés N06 Alteração da sensibilidade, outra N07 Convulsão / Ataque N08 Movimentos involuntários anormais N16 Alteração do olfacto / Gosto N17 Vertigem / Tontura N18 Paralisia / Fraqueza N19 Perturbação da fala N26 Medo de cancro do sistema neurológico N27 Medo de outra doença neurológica N28 Limitação funcional / Incapacidade N29 Síntoma / Queixa neurológica, outro N70 Poliomielite N71 Meningite / Encefalite N72 Tétano N73 Infecção neurológica, outra N74 Neoplasia maligna do sistema neurológico N75 Neoplasia benigna do sistema neurológico N76 Neoplasia não especificada do sistema neurológico N79 Concussão N80 Lesão craniana, outra N81 Lesão do sistema neurológico, outra N85 Malformação congénita neurológica N86 Esclerose múltipla N87 Parkinsonismo N88 Epilepsia N89 Enxaqueca N90 Cefaleia em cluster N91 Paralisia facial / Paralisia de Bell N92 Neuralgia do trigémino N93 Síndrome do canal cripico N94 Nevrite / Neuropatia periférica N95 Cefaleia de tensão N99 Doença do sistema neurológico, outra

- 28 -

Anexo 4 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULSM

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 85/CES/IAS Data: 14-10-2022
--	------------	---------------------------------------

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética para a Saúde da ULS Matosinhos

Assunto: *Apreciação ao pedido de autorização para realização de estudo intitulado “Avaliação das necessidades paliativas numa unidade de saúde familiar”*

INFORMAÇÃO

Exmos(as) Srs(as),

A Comissão de Ética para a Saúde analisou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado *“Avaliação das necessidades paliativas numa unidade de saúde familiar”*, cuja investigadora é Ilda Maria Oliveira Martins Gonçalves Campos, Médica de MGF na USF Porta do Sol, e no âmbito de Mestrado em Cuidados Paliativos na FMUP.

A Comissão de Ética para a Saúde da ULS Matosinhos deliberou por unanimidade, nada opor à realização deste estudo, desde que o consentimento informado seja escrito e nos seja enviado um exemplar do mesmo.

Com os melhores cumprimentos



Dr. José Alberto Silva
Presidente da Comissão de Ética
da ULSM Matosinhos

Dr. José Alberto Silva
(Presidente da Comissão de Ética da ULSM, E.P.E.)

Anexo 5 - Parecer da Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação



COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO EMIÇÃO DE PARECER

Refª 66 /CLPSI/2022

1 - ASSUNTO: Estudo “Avaliação das necessidades paliativas numa unidade de saúde familiar”.

2 - RESPONSÁVEL PELO PEDIDO: Ilda Gonçalves.

3 - DIMENSIONAMENTO DA AMOSTRA: a determinar considerando um intervalo de confiança de 95%, tendo em consideração o número total de utentes da unidade de saúde familiar (USF), com idade igual ou superior a 65 anos à data da colheita de dados, 350 utentes.

4 - PERÍODO DE REALIZAÇÃO: O período de realização de colheita de dados será de outubro de 2022 a julho de 2023.

5 - GARANTIA DA PSEUDOANONIMIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS: Os dados recolhidos serão registados numa base de dados Microsoft Excel®365, sem identificação dos utentes.

6 - PERÍODO APÓS O QUAL OS DADOS SÃO DESTRUÍDOS: Os dados serão destruídos 2 anos após conclusão do estudo.

7 - EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:

- Ilda Gonçalves, investigadora principal, médica de medicina geral e familiar na USF Porta do Sol do Aces de Matosinhos.
- José Ferraz Gonçalves, orientador.
- Maria do Céu Rocha, coorientadora.

8 - PARECER:

1. O estudo é do tipo observacional transversal, realizado no âmbito da frequência, pela investigadora principal (IP), do Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina do

Porto. O estudo tem como objetivo geral, avaliar as necessidades paliativas numa USF do concelho de Matosinhos (USF Porta do Sol do Aces de Matosinhos).

2. A licitude para a realização do estudo, está coberta pelo disposto na alínea a) do ponto 1 do artigo 6º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), pela aplicação do consentimento informado, livre e explícito aos participantes no estudo. Considerando, ainda, que o estudo se enquadra na vertente de gestão de sistemas de saúde e dos medicamentos e de dispositivos médicos, e, ainda por motivos de interesse público, aplica-se o disposto nas alíneas h) e i) do ponto 2 do artigo 9º do Regulamento Geral da Proteção e Segurança da Informação (RGPD). O utente a recrutar para o estudo, deverá ter tempo para refletir sobre a sua participação no estudo, tendo para refletir ao ter conhecimento do consentimento informado, livre e explícito.
3. A recolha dos dados, será realizada após o utente participante, dar o seu consentimento. A recolha dos dados será realizada por todas as médicas que desempenham funções de medicina geral e familiar na USF Porta do Sol, em ambiente de consulta médica com a presença do respetivo utente, onde se procederá ao preenchimento da ferramenta SPICT™-PT, 1ª e 2ª partes, correspondentes a indicadores gerais e indicadores clínicos de mau prognóstico, bem como à colheita de dados sociodemográficos e verificação de referência à equipa de CP/DCC. Cada médica realizará o preenchimento da ferramenta utilizada, nas várias consultas médicas presenciais, até se perfazer o tamanho amostral representativo da USF Porta do Sol. A IP é responsável pela garantia do cumprimento dos princípios do RGPD, por parte das restantes colaboradoras no estudo, como por exemplo, minimização, confidencialidade e privacidade durante a recolha dos dados.
4. Os dados serão posteriormente registados numa base de dados criada para o efeito, em formato do Microsoft em Excell® 365. Na base de dados não serão registados dados pessoais que permitam a identificação do utente. Os dados serão pseudoanonimizados pela atribuição de

um código sequencial, de acordo com a ordem da introdução dos dados na base de dados. A base de dados deverá estar protegida com palavra passe forte, apenas do conhecimento da IP. A chave de decodificação, que permite identificar os utentes, não deve fazer parte do ficheiro da base de dados, e também deverá estar protegida por palavra passe forte, apenas do conhecimento da IP. É a IP que vai introduzir os dados na base de dados, profissional da categoria médica, sujeita ao dever de sigilo. A

5. A IP vai utilizar um computador da ULSM para recolher e tratar os dados, ao quais têm implementados os requisitos de segurança informática definidos na ULSM.
6. A IP pretender publicar os resultados do estudo, neste caso recomenda-se que a Instituição, ULSM, não deve ser identificada na metodologia do projeto, mas apenas na afiliação dos autores
7. Os dados devem ser destruídos 2 anos após o término do estudo, eliminando os mesmos dos respetivos computadores, por meios informáticos e pela destruição dos formulários do consentimento informado.
8. Podemos resumir as fases do estudo e o cumprimento dos requisitos do RGPD da seguinte forma:

Fases do estudo	Metodologia	RGPD
Recolha de dados	Acesso aos dados de forma licita.	Artigo 5º, nº 1, alínea f) e nº2 Artigo 6º, nº 1 alínea e)
Tratamento dos dados	-Codificação pelo investigador principal (pseudoanonimização) -Acesso limitado aos dados -Profissional sujeito a sigilo.	Artigos 5º, nº 1 alíneas e) e f); 8º nºs 1 e 2 Considerandos 78, 156

Conservação	-Dados inseridos pelo investigador principal em base de dados criada pelo próprio.	Artigos 5º, nº 1, alíneas e) e f) 89º, nºs 1 e 2 Considerandos 39, 65, 81
Eliminação dos dados	-No termo do prazo de conservação, de acordo com as melhores práticas.	Considerandos 39, 65, 81

9. Por tudo o que aqui foi exposto, é emitido parecer favorável à realização do presente estudo na ULSM, uma vez que se considera que o risco é aceitável. No entanto, a IP deve cumprir o descrito no ponto 8 e respetivos subpontos do presente parecer. Deve, ainda atender às seguintes recomendações:

- a) Reforçar as medidas de segurança previstas para a conservação dos documentos em papel que impeçam o acesso à informação a pessoas não autorizadas, bem como o seu manuseamento indevido,
- b) Garantir medidas de segurança adicionais no transporte dos dados com recurso a dispositivos eletrónicos de armazenamento (laptop, pen, disco externo) nomeadamente através de medidas de cifragem e autenticação, dada possibilidade de perda e/ou extravio destes dispositivos,
- c) No caso de existir alteração, como por exemplo, extensão de prazo e/ou de qualquer alteração dos pressupostos relativos ao presente parecer, o IP deverá solicitar a reapreciação do projeto de investigação junto do DPO/EPD.

A emissão deste parecer teve por base o preconizado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (EU) 2016/679 em vigor, bem como, na Lei nº 58/2019, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do RGPD do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016,



COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
EMIÇÃO DE PARECER

relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

A ULSM reserva-se o direito de realizar auditorias para verificar o cumprimento do referido ao longo deste documento.

Sra. da Hora, de 20 de dezembro de 2022

P' Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação

Ana Paula G. P. Teixeira
(Diretora SOR/EPD)

(Ana Paula Teixeira-DPO/EPD ULSM, dpo@ulsm.min-saude.pt)

Anexo 6 – Parecer da coordenadora da USF Porta do Sol

Declaração do Coordenador da Unidade de Saúde

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO COORDENADOR DA USF

Exma. Sra.. Coordenado-a da USF Porta do Sol,

Assunto: Pedido de autorização para realização de projeto de investigação

Título do projeto de investigação: "Avaliação das Necessidades Paliativas numa Unidade de Saúde Familiar."

Pretendendo realizar na USF Porta do Sol, o projeto de investigação em epígrafe, solicita-se a V. Exa. autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexa-se o protocolo com toda a informação sobre a realização do estudo.

Agradecendo, desde já, toda a V. melhor atenção, subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

A investigadora,
Ilda Gonçalves

Por favor, assinale com um X a sua decisão:

· Autorizo a realização deste estudo na USF _____ ☒

· Não autorizo a realização deste estudo na USF _____ ☐

16 de Setembro, 12 de Setembro de 2022



USF PORTA DO SOL
O (A) Coordenador(a)

Dr.ª ANA JOÃO REIS
Medicina Geral Familiar
Nº Mec. 3745 – CR. 35527

Anexo 7 – Parecer do Conselho Clínico do ACES Matosinhos

FW: Trabalho de mestrado

1 mensagem

Ilda Gonçalves <Ilda.Goncalves@ulsm.min-saude.pt>
Para: "Ilda Gonçalves@gmail.com" <ildagoncalves@gmail.com>

11 de julho de 2023 às 14:41

De: José Rui Silva
Enviada: 29 de setembro de 2022 10:39
Para: Ilda Gonçalves <Ilda.Goncalves@ulsm.min-saude.pt>
Assunto: RE: Trabalho de mestrado

Bom dia Dr. Ilda,

Na sequência do pedido de autorização para realização de estudo, aproveito para informar que o CCS já deu parecer favorável a sua realização.

Conforme os procedimentos o estudo vai agora à reunião da CES, no dia 11 de Outubro.

Ainda em relação a procedimentos:

Envio, em anexo, o documento para emissão do parecer da CLPSI, para proceder ao preenchimento dos campos 3 a 8 (neste último por favor responder aos subpontos) e, após o seu preenchimento, deverá remeter-me o documento, para dar o devido seguimento.

Com os melhores cumprimentos,

Rui Silva



Serviço de Gestão do Conhecimento

Anexo 8 – Parecer do Conselho de Administração da ULSM

FW: Pedido de autorização para realização de estudo

1 mensagem

Ilda Gonçalves <Ilda.Goncalves@ulsm.min-saude.pt>
Para: "ildagoncalves@gmail.com" <ildagoncalves@gmail.com>

11 de julho de 2023 às 14:41

De: José Rui Silva
Enviada: 5 de janeiro de 2023 11:51
Para: Ilda Gonçalves <Ilda.Goncalves@ulsm.min-saude.pt>
Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

Bom dia,

Em resposta à solicitação de V/Exas., relativamente ao pedido de autorização para realização do estudo intitulado, "Avaliação das necessidades paliativas numa unidade de saúde familiar", venho informar que o pedido foi autorizado pelo Conselho de Administração em 29 de Dezembro de 2022, depois de parecer favorável da Comissão de Ética e da Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação.

Deve ser dado conhecimento da produção científica sob a forma de artigos, conferências, livros, teses, relatórios de livre acesso, etc., devendo ser depositado um exemplar no Serviço de Gestão do Conhecimento/Biblioteca, sempre que possível em suporte eletrónico.

Em anexo: Parecer da Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação

Parecer da Comissão de Ética da ULSM

Com os melhores cumprimentos,

Rui Silva



Serviço de Gestão do Conhecimento