

**2º CICLO DE ESTUDOS**  
**CUIDADOS PALIATIVOS**

# **Estágio em Cuidados Paliativos na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde EPE**

**Benedita Teixeira Graça Moura**

**M**

**2023**



FACULDADE DE MEDICINA



Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre  
em Cuidados Paliativos  
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**ESTÁGIO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA  
EQUIPA INTRAHOSPITALAR DE SUPORTE EM  
CUIDADOS PALIATIVOS DO CENTRO  
HOSPITALAR POVOA DE VARZIM/ VILA DO  
CONDE E.P.E.**

Benedita Teixeira Graça  
Moura

Orientação:

*Professora Doutora Maria Francisca Melo Pojal Da Silva Rego*

Coorientação:

*Dr<sup>a</sup> Joana Filipa Justo Gonçalves*

Porto, 2023

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Os Cuidados Paliativos têm uma importância cada vez maior nos cuidados de saúde, uma vez que permitem responder eficazmente as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais das pessoas com doenças progressivas e incuráveis e das famílias, proporcionando um cuidado adequado a esta fase da sua vida.

A realização de um estágio profissionalizante nesta área é fundamental para consolidar a formação académica sólida e poder prestar Cuidados Paliativos especializados aos doentes que deles necessitam.

**OBJETIVOS:** Combinar o conhecimento prático, adquirido no ambiente clínico, com a fundamentação teórica e científica para atingir aptidão para trabalhar em Cuidados Paliativos. Caracterização dos doentes observados ao longo do estágio e análise dos diagnósticos principais, no internamento e na consulta externa, do motivo de referência para os cuidados paliativos e do conhecimento do seu prognóstico.

**METODOLOGIA:** Realização de um estágio técnico-científico de 405 horas (entre outubro 2022 e julho 2023) integrando ativamente a equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos, em todas as suas vertentes de atuação.

Foram colhidas e analisadas as variáveis da amostra de doentes observados no período do estágio incluindo dados sociodemográficos, diagnóstico principal, principal sintoma que motivou a referência, destino após alta e conhecimento do doente em relação ao prognóstico. Os dados foram registados e analisados numa base de dados com recurso ao programa Microsoft Excel© 2022.

**RESULTADOS:** Durante o estágio foram observados um total de 264 doentes entre a consulta externa e o internamento. Os diagnósticos mais frequentes nos doentes foram de doenças não oncológicas, revelando uma evolução na referência destes doentes.

Os sintomas mais frequentemente referidos foram a dor e a dispneia de acordo com o descrito noutros estudos. A participação nas reuniões e nas conferências familiares foram essenciais para desenvolver a experiência multidisciplinar e a comunicação no contexto de cuidados paliativos.

**CONCLUSÃO:** A atividade desenvolvida incluiu a observação de doentes na consulta externa e no internamento e a participação nas restantes atividades. Foi possível desenvolver as aptidões de comunicação e de orientação dos doentes nos diversos contextos, o que veio completar os conhecimentos teóricos adquiridos no Mestrado.

**PALAVRAS-CHAVE:** cuidados paliativos; fim de vida.

---

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Palliative care is becoming increasingly important in health care, as it provides an effective response to the physical, psychological, social and spiritual needs of people with progressive and incurable diseases and their families, providing appropriate care at this stage of their lives.

A professional internship in this area is essential to consolidate solid academic training and to be able to provide specialised palliative care to patients who need it.

**OBJECTIVE:** Combine the practical knowledge acquired in the clinical environment with the theoretical and scientific foundation to achieve aptitude for working in Palliative Care. Characterisation of the patients observed throughout the internship and analysis of the main diagnoses, in the inpatient and outpatient setting, the reason for referral to palliative care and knowledge of their prognosis.

**METHODOLOGY:** A 405-hour technical-scientific internship was carried out (between October 2022 and July 2023), actively integrating the in-hospital Palliative Care support team, in all its aspects of action.

The variables of the sample of patients observed during the internship period were collected and analysed, including sociodemographic data, main diagnosis, main symptom that motivated the referral, destination after discharge and knowledge of the patient regarding the prognosis. Data were recorded and analysed in a database using Microsoft Excel© 2022.

**RESULTS:** A total of 264 patients were seen during the internship between outpatient and inpatient visits. The most frequent diagnoses of patients were non-oncological diseases, revealing an evolution in the referral of these patients. The most frequently reported symptoms were pain and dyspnoea in line with other studies. Participation in

meetings and family conferences were essential to develop multidisciplinary expertise and communication in the palliative care setting.

CONCLUSION: The activity developed included the observation of patients in the outpatient and inpatient departments and participation in other activities. It was possible to develop communication skills and patient counselling in different contexts, which complemented the theoretical knowledge acquired in the Master's degree.

KEY WORDS: end of life; palliative care.

*“In the end, it’s not the years in your life that count. It’s the life in your years.”*

*Abraham Lincoln*

## ÍNDICE

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....                                                    | 1  |
| 1.1. CUIDADOS PALIATIVOS.....                                         | 1  |
| 1.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....                                 | 5  |
| 1.3. CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES.....                              | 8  |
| 1.4. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....            | 10 |
| 2. OBJETIVOS.....                                                     | 12 |
| 3. MATERIAL E MÉTODOS.....                                            | 14 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....                                        | 17 |
| 4.1. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO.....                                    | 17 |
| 4.1.1. CARATERIZAÇÃO GEOGRÁFICA.....                                  | 17 |
| 4.1.2. CARATERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA.....                                 | 18 |
| 4.1.3. MORTALIDADE E COBERTURA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....            | 19 |
| 4.1.4. CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE.....         | 22 |
| 4.1.5. EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS..... | 23 |
| 4.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL.....               | 26 |
| 4.2.1. CONSULTADORIA - INTERNAMENTO.....                              | 26 |
| 4.2.2. CONSULTA EXTERNA.....                                          | 43 |
| 4.2.3. CONSULTA TELEFÓNICA.....                                       | 48 |
| 4.2.4. CONFERÊNCIAS FAMILIARES.....                                   | 49 |
| 4.3. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....                             | 51 |
| 5. CONCLUSÃO.....                                                     | 53 |
| BIBLIOGRAFIA.....                                                     | 55 |

---

|             |    |
|-------------|----|
| ANEXOS..... | 64 |
|-------------|----|

---

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização dos municípios de Vila do Conde e Póvoa de Varzim

Figura 2: Distribuição dos doentes observados durante o estágio no internamento, distribuídos por grupos etários

Figura 3: Distribuição dos doentes observados durante o estágio na consulta externa por grupos etários

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Índices demográficos, municípios Póvoa de Varzim e Vila do Conde, 2011 e 2021

Quadro 2: Óbitos por algumas causas de morte (%) em Portugal, grupos com maior proporção

Quadro 3: Diagnóstico principal dos doentes observados no internamento durante o período do estágio, classificada com CID-10

Quadro 4: Principais motivos para pedido de colaboração da EIHSCP no internamento durante o período do estágio

Quadro 5: Diagnóstico principal dos doentes observados na consulta externa durante o período do estágio, classificada com CID-10

---

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES: Agrupamentos de Centros de Saúde

CF: conferência familiar

CHPVVC: Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde

CNCP: Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP: Cuidados Paliativos

DGS: Direção Geral da Saúde

ECCL: Equipa Cuidados Continuados Integrados

ECR: Equipas Coordenadoras Regionais

ECL: Equipas Coordenadoras Locais

ECSCP: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA: Equipa de Gestão de Altas

EHSCP: Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ERPI: Estrutura Residencial Pessoas Idosas

CID-10: Classificação Internacional das Doenças – 10ª edição

MS: Ministério da Saúde

OM: Ordem dos Médicos

OMS: Organização Mundial da Saúde

PEDCP: Plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PLS: Perfil Local de Saúde

RNCCI: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SICP: Serviço Integrado de Cuidados Paliativos

SNS: Serviço Nacional de Saúde

UCP: Unidades de Cuidados Paliativos

ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULS: Unidade Local de Saúde

WONCA: World Organization of Family Doctors

---

## AGRADECIMENTOS

À Doutora Francisca Rego pela disponibilidade e sugestões.

À Dr<sup>a</sup> Joana Gonçalves por toda a orientação, partilha de conhecimentos e apoio prestados ao longo do estágio.

À Enf. Zulmira Peixoto pela disponibilidade para me acolher na equipa, pela partilha de conhecimentos e pela facilitação de todo o processo.

A todos os elementos da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos do CHPVVC pelo excelente acolhimento e pela valiosa contribuição para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus colegas da Unidade de Saúde Familiar Santa Clara pelo apoio e compreensão no período de realização do mestrado.

Ao meu marido pela revisão e formatação deste documento e aos meus filhos pela compreensão e imenso apoio ao longo deste caminho.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente documento visa descrever o estágio profissionalizante desenvolvido pela candidata a Mestre no âmbito do segundo ano do Mestrado em Cuidados Paliativos, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

A formação em Cuidados Paliativos (CP), depois da especialidade de Medicina Geral e Familiar, prende-se com a certeza de que é uma área de especialização extremamente necessária no contexto atual. O cuidar das pessoas nas várias fases da sua vida inclui acompanhar o doente e a família, no seu contexto, no percurso da doença progressiva e com prognóstico reservado.

A Ordem dos Médicos atribui a competência em Cuidados Paliativos aos médicos que cumpram uma série de critérios, incluindo a formação prática de 810 horas, dando assim ênfase à importância da prática clínica nesta área. Embora já exista noutros países a especialidade, ainda não existe em Portugal (Ordem dos Médicos, 2022).

Este relatório inclui, numa primeira parte, um enquadramento do estágio com a caracterização geográfica e demográfica da comunidade, a mortalidade e a cobertura em Cuidados Paliativos na zona, a descrição do local e o funcionamento da equipa onde foi realizado. Seguidamente, são descritas as atividades desenvolvidas em termos de atividade assistencial entre outras.

### 1.1. CUIDADOS PALIATIVOS

Os Cuidados Paliativos são definidos como os cuidados prestados a “doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à

identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais” (OMS, 2002).

A prestação de Cuidados Paliativos de qualidade abrange o alívio de sintomas do doente e os seus cuidadores, abordando a morte como um processo natural (Moura, 2011). Este trabalho implica uma abordagem em equipa multidisciplinar, intervindo nas necessidades do doente e da sua família promovendo a melhoria na qualidade de vida (Greer, 2015).

Assim, integram aspetos físicos, psicológicos e espirituais dos doentes, atendendo aos seus valores, crenças, cultura e religião, de modo que os doentes possam assumir a sua morte de forma tão serena e construtiva quanto possível (Twycross, 2003).

O número de pessoas com necessidades paliativas tem vindo a ser cada vez maior, reforçando a importância da existência de Cuidados Paliativos efetivos e de qualidade. O número de idosos, de pessoas com dependência e de pessoas com doença na população tem aumentado à custa da maior capacidade de tratamento das doenças crónicas, dos avanços da medicina e do consequente aumento da esperança média de vida e do envelhecimento da população (OMS, 2015; Grande, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, anualmente, mais de 40 milhões de pessoas no mundo necessitem de Cuidados Paliativos (OMS, 2018; Connor, 2014). Em Portugal, este número também tem vindo a aumentar relativamente a biénios anteriores, demonstrando mais uma vez o aumento das necessidades paliativas (PEDCP, 2021/2).

A OMS considera ser uma responsabilidade ética de cada Estado o desenvolvimento de modelos de Cuidados Paliativos integrados nos sistemas nacionais de saúde e na continuidade de todos os níveis de cuidados (Connor, 2014).

Em Portugal a lei garante o direito dos doentes “a receber Cuidados Paliativos adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa”. A mesma lei define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Esta rede funcional integrada no Ministério da Saúde visa desenvolver, fomentar, articular e coordenar a prestação de cuidados paliativos no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (SNS), complementar da rede hospitalar, da rede de cuidados de saúde primários e da rede de cuidados continuados integrados (Lei de bases dos CP, 2012).

Posteriormente, as unidades e equipas em cuidados paliativos deixam de estar integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assegurando a necessária articulação entre as duas redes. Em 2015 na definição da RNCCI fica estabelecido que as unidades da RNCCI podem coexistir com as unidades da RNCP, que a RNCCI pode integrar as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e que as unidades e serviços da RNCCI, em função das necessidades, podem prestar ações paliativas, como parte da promoção do bem -estar dos utentes (Decreto-Lei nº 136, 2015).

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022 defende a integração dos Cuidados Paliativos em todo o Serviço Nacional de Saúde de forma a garantir a universalidade da abordagem paliativa a doentes e famílias que deles necessitem. É assim promovido um sistema sustentável, de qualidade e acessível, integrado nos cuidados de saúde primários, nos cuidados de saúde hospitalares e nos cuidados continuados integrados (PEDCP, 2021/2).

No contexto atual de criação das novas Unidades Locais de Saúde em abril de 2023 foi publicada a “Proposta de modelo organizacional dos cuidados paliativos nas ULS –

serviço integrado de cuidados paliativos”. Esta define um modelo organizacional com a criação do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP) que presta cuidados a doentes no domicílio, internados e/ou institucionalizados. Estão incluídas as ECSCP, EIHSCP, EIHSCP- pediátricos, unidade de internamento e os voluntários (CNCP, 2023).

O objetivo é gerar uma resposta que conheça a pessoa em qualquer momento da evolução de uma doença limitante de vida e que o plano individual de cuidados seja construído em conjunto e contemple as diferentes respostas necessárias, nos diferentes momentos (CNCP, 2023).

Os CP especializados são um dos componentes do Serviço Nacional Saúde (SNS), que se pretende sustentável, de qualidade e acessível. Integram-se nos cuidados de saúde primários (CSP), cuidados de saúde hospitalares (CSH) e cuidados continuados integrados (CCI) (PEDCP, 2019/20).

Na legislação está consagrado o direito dos portugueses a receber Cuidados Paliativos e, para poderem exercer esse direito, é necessário formar profissionais com as competências específicas nesta área, nomeadamente, em termos de experiência prática, formação teórica e capacidade de investigação (Neto, 2006).

A formação dos médicos nas questões de fim de vida surge como um fator crítico para o desenvolvimento dos serviços de saúde em geral, e particularmente, dos de Cuidados Paliativos, com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e da eficiência dos serviços de saúde (PEDCP, 2021/2).

A organização dos vários níveis de Cuidados Paliativos em Portugal implica a necessidade de melhorar a utilização dos recursos, a articulação entre os diferentes níveis de cuidados e de disponibilizar de forma universal os Cuidados Paliativos a todos os que deles necessitem. Esta é uma área da prestação de cuidados com um investimento

crescente. No entanto, no exercício da prática estão ainda disponíveis poucos recursos humanos especializados, tanto em número de profissionais como no grau de diferenciação académica e profissional. Em Portugal, tem havido uma disponibilização crescente de formação pré e pós-graduada em Cuidados Paliativos (PEDCP, 2021/2).

Desta forma, é importante formar profissionais competentes com a consolidação prática da formação académica sólida que sejam capazes de prestar Cuidados Paliativos especializados. Ao mesmo tempo, é necessário desenvolver uma eficaz articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados definindo níveis de cuidados e competências específicas para estes diferentes níveis (CNCP, 2023).

## 1.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

As necessidades dos doentes e famílias podem variar de nível de complexidade entre um nível baixo, intermédio ou alto (CNCP, 2021/2). Desta forma, não é possível, nem necessário ou eficiente que todos os doentes com necessidades paliativas sejam acompanhados por equipas especializadas em Cuidados Paliativos. Estas devem responder aos doentes com problemas mais complexos, cuja orientação exija profissionais com formação avançada nesta área, inserindo-se as restantes situações no conceito de Cuidados Paliativos primários (Quill, 2013; Tandon, 2021; Marterre, 2021).

A abordagem de situações de complexidade baixa deve ser realizada em todo o sistema de saúde, nos diferentes níveis de cuidados, não exigindo a intervenção de equipas especializadas de Cuidados Paliativos. A nível internacional há consenso sobre a responsabilidade das equipas que acompanham habitualmente os doentes, na prestação de Cuidados Paliativos, se as suas necessidades são de complexidade baixa. Estas equipas poderão ser dos cuidados de saúde primários ou dos cuidados

hospitalares, constituídas por profissionais de saúde cujo foco principal de atividade não são os Cuidados Paliativos, mas que têm contacto frequente com pessoas com doença incurável e progressiva, como por exemplo, médicos de Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Oncologia, Neurologia, Pneumologia, entre outras especialidades (Quill, 2013; Tandon, 2021).

O conceito de Cuidados Paliativos primários foi inicialmente definido como Cuidados Paliativos prestados ao nível dos cuidados de saúde primários (Murray, 2015). No entanto, atualmente, são reconhecidos internacionalmente como sinónimo de Cuidados Paliativos generalistas (Quill, 2013; Tandon, 2021). A inexistência da prestação de Cuidados Paliativos generalistas/primários, para além de tornar insustentável a prestação de Cuidados Paliativos a todos que deles necessitam, levanta problemas graves, como a fragmentação de cuidados e o aumento do risco de intervenções desadequadas em fim de vida (Marterre, 2021).

A prestação de Cuidados Paliativos num modelo sustentável, capaz de os tornar acessíveis a todos, inclui a sua disponibilização na comunidade, devendo abranger a prestação de Cuidados Paliativos primários pelos médicos de família (Murray, 2015). Estes profissionais de saúde serão capazes de responder à maioria das necessidades paliativas dos seus utentes podendo, nas situações mais complexas, necessitar da consultoria ou intervenção de equipas especializadas de Cuidados Paliativos (Quill 2013, OMS, 2021).

A definição da especialidade de Medicina Geral e Familiar define que a abordagem dos médicos de família deve ser constante desde o nascimento (por vezes desde antes desse momento) até à morte (por vezes até depois). Assim, inclui também o dever e o papel

central dos médicos de família em prestar Cuidados Paliativos aos seus doentes (WONCA, 2002).

Ao mesmo tempo, os médicos de família já têm na sua prática alguns princípios comuns aos Cuidados Paliativos como cuidados de saúde centrados na pessoa, visão global e holística, uso da comunicação como uma técnica primordial, acessibilidade, continuidade dos cuidados e trabalho de equipa interdisciplinar. Estas características fornecem ferramentas importantes para prestar cuidados de fim de vida à maioria dos pacientes (Aguiar, 2012).

O envolvimento dos médicos de família na prestação de Cuidados Paliativos, com o necessário apoio de equipas especializadas, associa-se a melhores cuidados em fim de vida (Aabom, 2012). Os benefícios incluem o maior grau de satisfação dos doentes, um impacto positivo e significativo na possibilidade de escolha do local de morte, o melhor uso de recursos de saúde, a melhor qualidade de vida e o aumento da sobrevida em relação aos doentes em internamentos hospitalares (Mitchell, 2002; Rabow, 2004).

Atualmente, em Portugal, os CP na comunidade são assegurados pelas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

A ECSCP é uma equipa multidisciplinar que pode estar integrada nas estruturas dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) ou das Unidades Funcionais de Prestação de Cuidados de Saúde Primários, designadamente nas Unidades de Cuidados na Comunidade das estruturas dos ACES ou das estruturas das Unidades Locais de Saúde, e dotada de recursos específicos. Estas equipas prestam cuidados domiciliários de modo a garantir a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente comunitário e familiar. A sua atividade é desenvolvida em estreita articulação com as equipas de cuidados continuados integrados da RNCCI, e podem ser incluídas nas equipas de

cuidados continuados integrados. A ECSCP depende do Diretor Executivo do ACES onde se encontra integrada (Portaria nº 340/2015).

A ECSCP assegura, designadamente: cuidados médicos e de enfermagem permanentes; intervenção psicológica; intervenção e apoio social; apoio e intervenção no luto; intervenção espiritual; apoio e aconselhamento diferenciado, em CP, às unidades de cuidados de saúde primários, às unidades e equipas da RNCCI e a outras instituições onde o doente resida; tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos, de acordo com o nível de diferenciação da equipa; prevenção da, e intervenção na, exaustão emocional dos profissionais de saúde; gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais e, ainda, formação em CP (Portaria nº 340/2015).

### 1.3. CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES

No momento atual, a prestação de cuidados paliativos especializados é assegurada a nível hospitalar pelas Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos.

Estas equipas têm de existir em cada hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) juntamente com uma equipa de gestão de altas (EGA) (Despacho 7968, 2011).

As EIHSCP integram, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo, todos com formação em CP, podendo integrar outros profissionais, nomeadamente para apoio administrativo, sempre que o volume e a complexidade de atividades o justificar, e articulam-se com as unidades de terapêutica da dor, quando existam. Os profissionais que integram a EIHSCP são designados pelo conselho de administração do hospital e exercem as suas funções preferencialmente em regime de tempo inteiro. Quando, em função das necessidades dos utentes e da dimensão da instituição, não for possível ou

adequado que todos os profissionais se encontrem a tempo inteiro, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da EIHSCP (Despacho nº 7968, 2011).

As EIHSCP asseguram a prestação de cuidados paliativos aos utentes indicados pelos competentes serviços hospitalares e propõem as transferências necessárias para tipologias de respostas de cuidados paliativos (Despacho nº 7968, 2011).

Esta equipa presta aconselhamento e apoio diferenciado em CP especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias, incluindo assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação. A EIHSCP articula -se e complementa -se com outras unidades e equipas da instituição de saúde onde se encontra integrada (Portaria nº 340/2015).

No caso de hospitais em que, pela sua dimensão, características específicas ou escassez de profissionais, não seja possível ou adequado criar uma EIHSCP, deve ser protocolado o apoio de cuidados paliativos com o hospital ou com o agrupamento de centros de saúde mais próximo (Despacho nº 7968, 2011).

No entanto, conforme definido no PEDCP 2021/22 no futuro seria benéfico para todo o sistema de saúde e para os doentes que houvesse uma formação base para os profissionais de saúde que permitisse uma abordagem adequada em todos os ambientes do percurso do doente. Desta forma, os CP devem ser parte integrante da formação de estudantes de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, assim como de todos os profissionais de saúde. Este plano defende ainda a estruturação de uma abordagem paliativa em todos os contextos de cuidados de saúde, cuidados

paliativos generalistas e cuidados paliativos especializados, com formação adequada. O conceito de complexidade deve ser usado em CP para descrever a dimensão das necessidades e a exigência de cuidados. A única forma de os CP chegarem à maioria das pessoas que deles necessitam é pela integração da sua disponibilidade em todos os ambientes de cuidados (PEDCP 2021/22).

#### 1.4. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A coordenação a nível nacional da RNCCI, é da responsabilidade da Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, composta por representantes do Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e do Ministério da Saúde (MS). A nível regional, a coordenação é desenvolvida por cinco Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), sedeadas nas Administrações Regionais de Saúde – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, constituídas de modo multidisciplinar por representantes da Segurança Social e da Saúde (Dec-Lei nº 101/2006).

As ECR articulam com a coordenação, a nível nacional e local, e asseguram o planeamento, a gestão, o acompanhamento, a monitorização e a avaliação da RNCCI. A nível local, a coordenação é desenvolvida por Equipas Coordenadoras Locais (ECL) sedeadas em Unidades de Saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), constituídas por equipas multidisciplinares, com representantes da Segurança Social e da Saúde. As ECL articulam com a ECR da respetiva região, bem como com as várias equipas e unidades da respetiva área geográfica, avaliam as referenciações dos utentes para integrarem a RNCCI e garantem a qualidade dos cuidados prestados (Dec-Lei nº 101/2006).

As respostas na Rede Geral da RNCCI contemplam as seguintes tipologias: Unidade de Convalescença (UC); Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários (ECCI). O descanso do cuidador pode ser proporcionado pelo internamento de situações temporárias na ULDM, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano (Dec-Lei nº 101/2006).

Os objetivos da RNCCI são a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, na sequência de episódio de doença aguda ou necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica (Dec-Lei nº 101/2006).

Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua reabilitação, autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista à sua reintegração sociofamiliar.

## 2. OBJETIVOS

O estágio na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) teve como objetivo conjugar o conhecimento adquirido através da componente teórica e científica do Mestrado em Cuidados Paliativos com o conhecimento adquirido através da componente prática por forma a obter uma maior consolidação dos conhecimentos.

O presente estágio teve como objetivos gerais:

- Adquirir e consolidar competências práticas na área dos Cuidados Paliativos;
- Aplicar o conhecimento teórico adquirido durante o primeiro ano do Mestrado em Cuidados Paliativos na prática clínica em Cuidados Paliativos;
- Observar e problematizar contextos, projetos e procedimentos de Cuidados Paliativos;
- Identificar estratégias e espaços de intervenção em Cuidados Paliativos com instrumentos e metodologias adequados;
- Contribuir para a formação pessoal e social e para a qualificação profissional em Cuidados Paliativos.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Aplicar os princípios e a filosofia dos Cuidados Paliativos;
- Experienciar o trabalho em equipa multidisciplinar no âmbito dos Cuidados Paliativos;
- Identificar e abordar os doentes com necessidades paliativas e reconhecer o doente paliativo complexo que beneficia de seguimento especializado;
- Reconhecer e tratar adequadamente os sintomas em Cuidados Paliativos;
- Abordar o doente em fim de vida/fase agónica e as suas necessidades;
- Desenvolver uma comunicação eficaz com o doente e com a família no contexto dos Cuidados Paliativos;

- Abordar a espiritualidade como um domínio da condição humana de particular relevância no fim de vida e orientar as necessidades espirituais que possam surgir;
- Reconhecer e orientar as necessidades de apoio dos cuidadores e familiares;
- Caracterização dos doentes observados ao longo do estágio no internamento e na consulta externa;

- Analisar os doentes observados no internamento descrevendo os seus dados sociodemográficos, o diagnóstico principal, o principal sintoma que motivou o pedido de colaboração, o serviço que solicitou a colaboração, a duração do internamento, o destino após alta e o conhecimento do doente em relação ao prognóstico.

- Analisar os doentes observados na consulta externa descrevendo os seus dados sociodemográficos, o diagnóstico principal, o principal sintoma que motivou o pedido de colaboração e o conhecimento do doente em relação ao prognóstico.

Na prática pretendeu-se sistematizar e aprofundar procedimentos e boas práticas clínicas em Cuidados Paliativos reunindo informação e experiência para poder integrar uma equipa de trabalho em Cuidados Paliativos numa zona que necessite deste recurso. Ao mesmo tempo, desenvolver a articulação entre os profissionais de saúde que exercem cuidados aos doentes com necessidades paliativas, promovendo o trabalho e a discussão em equipa interdisciplinar e entre níveis de cuidados. Sobretudo identificando as responsabilidades específicas de cada um no plano de individual de cuidados e desenvolvendo protocolos de referência capazes de permitir uma adequada articulação entre os profissionais de referência dos doentes (incluindo os médicos de família) e os profissionais dos Cuidados Paliativos especializados.

### 3. MATERIAL E MÉTODOS

O estágio profissional em Cuidados Paliativos foi realizado na Equipa intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde – EPE, com a duração total de 405 horas, entre os meses de outubro de 2022 e julho de 2023.

As duas primeiras semanas de estágio decorreram do dia 3 ao dia 14 de outubro de 2022. Durante este período, acompanhou totalmente a equipa por forma a conhecer as várias valências e os vários profissionais num total de 54 horas. A partir do dia 17 de outubro de 2022 foram realizados dois períodos semanais de 5 ou 6 horas até ao dia 12 de julho de 2023 perfazendo um total de 405 horas.

Este estágio incluiu as atividades desenvolvidas pela equipa nas diversas valências incluindo atividade assistencial, reunião multidisciplinar, atividade científica e formativa.

A população em estudo foi constituída por todos os doentes que foram acompanhados pela equipa no período do estágio. A amostra é constituída pelos contactos realizados pela candidata durante todo o período do estágio sejam eles com doentes, cuidadores ou outros profissionais para estruturação do plano individual de cuidados.

Os dados foram registados e analisados numa base de dados com recurso ao programa Microsoft Excel© 2022. O registo foi realizado num ficheiro encriptado com palavra-passe. Foi realizada a estatística descritiva dos mesmos de forma anonimizada. Estes dados serão destruídos após apresentação e discussão da tese de Mestrado de Cuidados Paliativos a que se destinam.

As variáveis em estudo recolhidas foram:

- Sexo: masculino, feminino, outro;
- Idade: número de anos; média; distribuição por grupos etários;
- Diagnóstico principal: doença oncológica (grupo de neoplasia) ou doença não oncológica (diagnóstico) classificado de acordo com a classificação internacional de doenças (CID-10);
- Motivo da referência: principal motivo referido na referência;
- Serviço que referencia: internamento, consulta externa, cuidados de saúde primários, serviço de urgência, outros hospitais, outros;
- Conhecimento do doente em relação ao prognóstico: sim ou não;

Nos doentes internados foram ainda colhidas as seguintes variáveis

- Duração do internamento: número de dias;
- Destino após alta de internamento: domicílio, estrutura residencial para pessoas idosas, consulta externa de cuidados paliativos, equipa de cuidados continuados integrados, unidade de cuidados paliativos, unidade de longa duração e manutenção, equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, unidade de hospitalização domiciliária, outro hospital, óbito, outro.

## Cronograma de Atividades

|                                       | 2021/22 |    |    |    | 2022/23 |    |    |    |
|---------------------------------------|---------|----|----|----|---------|----|----|----|
| ATIVIDADES                            | 1º      | 2º | 3º | 4º | 1º      | 2º | 3º | 4º |
| Reunião de orientação                 |         |    |    |    |         |    |    |    |
| Participação em eventos científicos   |         |    |    |    |         |    |    |    |
| Redação do enquadramento teórico      |         |    |    |    |         |    |    |    |
| Formulação da metodologia             |         |    |    |    |         |    |    |    |
| Elaboração do instrumento de colheita |         |    |    |    |         |    |    |    |
| Recolha de dados                      |         |    |    |    |         |    |    |    |
| Análise de dados                      |         |    |    |    |         |    |    |    |
| Interpretação dos resultados          |         |    |    |    |         |    |    |    |
| Conclusão                             |         |    |    |    |         |    |    |    |
| Esboço final da tese                  |         |    |    |    |         |    |    |    |
| Redação definitiva da tese            |         |    |    |    |         |    |    |    |

## 4. RESULTADOS

### 4.1. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO

#### 4.1.1. CARATERIZAÇÃO GEOGRÁFICA

Os municípios de Vila do Conde e Póvoa de Varzim, estão localizados no noroeste do país, junto ao litoral. São delimitados a oeste pelo oceano Atlântico e confinam com os seguintes municípios: a norte com Barcelos e Esposende, a este com Vila Nova de Famalicão e Trofa, Maia e Matosinhos a Sul (Figura 1).



Figura 1: Localização dos municípios de Vila do Conde e Póvoa de Varzim

(Fonte: Perfil Local de Saúde da Póvoa de Varzim /Vila do Conde)

São compostos por 28 freguesias ou uniões de freguesia - 7 na Póvoa de Varzim e 21 em Vila do Conde, que integram a Área Metropolitana do Porto, e se distribuem por uma área de 231,2 km<sup>2</sup> (PLS, 2022). Estas freguesias apresentam algumas heterogeneidades entre si, sendo que as mais localizadas no litoral se apresentam mais direcionadas para

o turismo de praia e para a atividade piscatória, em oposição com as situadas no interior e que são maioritariamente rurais e ligadas à agricultura.

#### 4.1.2. CARATERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA

Os municípios de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim abrangem 145 088 habitantes (4,0% da população da região norte).

Vila do Conde é o que tem maior número de residentes (80 831 habitantes, 55,7% da população), contudo apresenta menor densidade populacional (543,4 hab./km<sup>2</sup>). A Póvoa de Varzim tem 64 320 habitantes e uma densidade populacional de 784,2 hab./km<sup>2</sup> (1,4 vezes superior à de Vila do Conde) (PLS, 2022).

Nos últimos dez anos (2011 a 2021), verificou-se um aumento da população residente nestes municípios, em 1,5%, contrariamente ao verificado na região norte e no continente, onde a população decresceu em 2,8% e 1,9%, respetivamente.

|                 | Ano  | População residente | Idosos (%)<br>65 e mais anos | Índice de<br>envelhecimento<br>Idosos por 100 jovens |
|-----------------|------|---------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|
| Póvoa de Varzim | 2011 | 63 408              | 15,0                         | 91,1                                                 |
|                 | 2021 | 64 255              | 20,6                         | 155,1                                                |
| Vila do Conde   | 2011 | 79 533              | 14,7                         | 90,5                                                 |
|                 | 2021 | 80 825              | 20,3                         | 147,8                                                |
| Norte           | 2011 | 3 689 682           | 17,1                         | 113,3                                                |
|                 | 2021 | 3 586 586           | 22,6                         | 184,1                                                |
| Portugal        | 2011 | 10 562 178          | 19                           | 127,8                                                |
|                 | 2021 | 10 343 066          | 23,4                         | 182,1                                                |

Quadro 1: Índices demográficos, municípios Póvoa de Varzim e Vila do Conde, 2011 e 2021

Fonte: INE, Pordata, Censos

A população feminina corresponde a 52,5% da população, verificando-se um envelhecimento populacional nos últimos 10 anos (PLS, 2022; INE, 2021).

O índice de envelhecimento, que traduz a relação existente entre a população idosa e a população jovem, tem vindo a aumentar nos dois municípios embora permaneça inferior ao de Portugal. Esta evolução demográfica tem impacto na saúde e, mais concretamente, traduz-se no aumento progressivo da população com necessidades paliativas pelo aumento da população idosa. Ao mesmo tempo, influencia o tipo de doenças que necessitam de acompanhamento pela maior prevalência de doença crónica (PEDCP, 2021/2).

#### 4.1.3. MORTALIDADE E COBERTURA EM CUIDADOS PALIATIVOS

As principais causas de morte nos municípios da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde e a nível nacional são as doenças do aparelho circulatório (doenças isquémicas do coração, outras doenças cardíacas e doenças cerebrovasculares) e os tumores malignos. As doenças respiratórias (pneumonia e doenças crónicas das vias aéreas inferiores) surgem como a terceira causa de morte (INE, Pordata, 2021).

|                        | Ano  | Doenças do aparelho circulatório | Tumores malignos | Doenças do aparelho respiratório | Diabetes | Doenças do aparelho digestivo | Acidentes, envenenamentos e violências |
|------------------------|------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|----------|-------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Póvoa de Varzim</b> | 2011 | 23,4                             | 26,6             | 10,6                             | 3,7      | 3,7                           | 0,2                                    |
|                        | 2021 | 27,7                             | 29,7             | 6,3                              | 2,5      | 3,2                           | 0,4                                    |
| <b>Vila do Conde</b>   | 2011 | 24,8                             | 27,1             | 14                               | 3,7      | 3,4                           | 1,1                                    |
|                        | 2021 | 25,5                             | 27,3             | 6,4                              | 3,2      | 3,6                           | 0,6                                    |
| <b>Portugal</b>        | 2011 | 30,7                             | 24,8             | 11,6                             | 4,4      | 4,4                           | 3                                      |
|                        | 2021 | 25,9                             | 22,1             | 8,2                              | 2,8      | 4,3                           | 3,5                                    |

Quadro 2: Óbitos por algumas causas de morte (%) em Portugal, grupos com maior proporção

Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Óbitos, PORDATA, última atualização: 2023-05-17

O plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos define como metodologia para cálculo das necessidades paliativas para a população adulta a metodologia proposta por Murtagh e Higginson. Tem como ponto de partida a estimativa da “capacidade de beneficiar” de CP com base na mortalidade e tem sido utilizada até agora nos PEDCP (PEDCP, 2019/20; Murtagh, 2014).

A projeção do número de pessoas com necessidades de cuidados paliativos, pelo método referido, com base no número de óbitos no ano de 2021, nos municípios de Vila do Conde e Póvoa de Varzim (n= 1400), resulta entre 966 (69%) e 1148 (82%), com uma média estimada de 1057 pessoas (INE, Censos 2021).

O envelhecimento populacional e a previsibilidade de necessidades paliativas na população idosa, em paralelo com o aumento da doença crónica aumenta progressivamente as necessidades paliativas nestes dois municípios (INE, Censos 2021). Segundo o PEDCP 2019/20, para uma correta avaliação dos recursos necessários, no sentido de atender toda a população, é importante lembrar que nem todos os doentes com necessidades paliativas apresentam o mesmo nível de complexidade e que a provisão de recursos depende de todo o sistema de saúde e não apenas dos serviços de CP especializados (PEDCP, 2019/20).

O número de recursos de CP de uma região depende além do número de residentes, das suas características demográficas e geográficas (meio rural ou urbano, área geográfica abrangida, densidade populacional, índice de envelhecimento...) e do desenvolvimento socioeconómico da região, assim como dos outros recursos existentes. Em continuidade com os pressupostos anteriores e a aposta nas equipas consultoras de CP (EIHSCP e ECSCP) que se deslocam a todos os locais onde estão doentes com necessidade de CP

(nos CSP, CSH e CCI), mantém-se a recomendação de existir uma EIHSCP por Hospital/Centro Hospitalar e Unidade Local de Saúde (ULS) e de abrir unidades de internamento específicas de CP (UCP) exclusivamente nos hospitais de agudos, para doentes complexos ou de complexidade intermitente (PEDCP, 2019/20).

Em relação às tipologias de serviços de prestação dos cuidados paliativos na área geográfica dos dois municípios (145 088 habitantes) não existia uma equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos. Esta equipa iniciou a sua atividade no fim do ano de 2022. Existe uma unidade de internamento em Cuidados Paliativos (UCP) pertencente à rede nacional de cuidados continuados integrados localizada na Povia de Varzim – We Care que possui 15 camas. Não existem camas de internamento em hospital de agudos destinados aos CP.

Os modelos preconizados em termos nacionais e internacionais defendem, cada vez mais, o desenvolvimento de equipas na comunidade que possam estar mais próximas dos doentes e da família, melhorando a acessibilidade e reduzindo os custos (Yosick, 2019).

Desta forma, apesar de começarem a existir respostas para esta área de cuidados nesta zona, a ECSCP que iniciou função há uns meses veio preencher uma grande lacuna. No entanto, ainda são sentidas as necessidades de camas em internamento de agudos para compensar transitoriamente doentes que não é possível compensar no domicílio pelo seu nível de complexidade.

#### 4.1.4. CENTRO HOSPITALAR POVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE

O Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde EPE (CHPVVC), é uma entidade pública empresarial desde 2008, integrada na rede de hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Tem como missão proporcionar cuidados de saúde de qualidade, integrados e continuados, aos utentes. A área de influência do Centro Hospitalar abrange os municípios da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde e algumas freguesias vizinhas de outros municípios, nomeadamente, de Esposende, Barcelos e Famalicão abrangendo cerca de 150.000 habitantes (EIHSCP, 2020).

É constituído por duas unidades hospitalares, distanciadas de cerca de 3 Km, localizadas no centro das respetivas cidades que distam entre si cerca de três quilómetros. Essas unidades correspondem aos antigos hospitais que lhes deram origem.

No CHPPVC existem serviços de internamento de Pediatria, Medicina Interna, Ortopedia, Cirurgia Geral e Ginecologia /Obstetrícia. Funciona ainda a Unidade de hospitalização domiciliária. Na consulta externa funcionam as equipas das mesmas especialidades e também Cardiologia, Pneumologia, Anestesia (incluindo consulta da dor), Imunohemoterapia, Gastroenterologia, Medicina Física e Reabilitação e de Cuidados Paliativos.

#### 4.1.5. EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) “presta aconselhamento e apoio diferenciado em Cuidados Paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias” e, ainda, “presta assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação”. A EIHSCP presta ainda assessoria na área dos Cuidados Paliativos a profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e continuados integrados da respetiva área de influência e assegura formação em Cuidados Paliativos (Portaria nº 340/2015).

A EIHSCP do CHPVVC foi criada em Maio de 2015. Trata-se de uma equipa multidisciplinar integrando quatro médicos de diferentes especialidades (Medicina Interna; Cirurgia Geral; Anestesiologia), dois enfermeiros, duas assistentes sociais e uma psicóloga. Sempre que necessário é solicitado apoio de outras áreas/especialidades, nomeadamente Nutrição, Medicina Física e Reabilitação, Pneumologia, etc. A coordenação da equipa é da responsabilidade da Enfermeira Zulmira Peixoto e a coordenação Médica é atualmente da responsabilidade da Dr<sup>a</sup> Joana Gonçalves.

Iniciou a sua atividade clínica em Maio de 2016, com a observação de doentes internados nas Unidades da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde, em regime de consultoria e mediante o pedido de colaboração pelos profissionais. Atualmente, presta apoio e consultoria a todos os serviços de internamento (à exceção da Pediatria) estando as suas atividades de colaboração com o internamento distribuídas entre as duas unidades hospitalares que compõem o CHPPVC.

Posteriormente, estendeu o seu campo de ação ao ambulatório, com a criação da consulta externa de Cuidados Paliativos. O objetivo inicial foi manter o seguimento dos doentes previamente avaliados no internamento. No entanto, atualmente, esta equipa recebe doentes na consulta externa referenciados de todas as áreas do CHPVVC (à exceção da Pediatria), de outros hospitais (muitas vezes por intermédio das Equipas de Cuidados Paliativos de outras instituições) e dos cuidados de saúde primários, por referência direta feita por mail ou contacto telefónico.

A consulta externa decorre em três modalidades: consulta programada, consulta aberta e consulta telefónica (permitindo o apoio ao doente e ao seu cuidador no domicílio).

As funções desta equipa são de consultoria técnica, prestação de direta de cuidados e coordenação e integração com os outros profissionais responsáveis pelo doente. Adicionalmente, é assegurado também o apoio psicológico aos familiares e cuidadores no período de luto.

Uma vez que a equipa funciona dentro de um ambiente hospitalar tem também disponível a colaboração para os seus doentes das diversas especialidades médicas e não médicas e dos exames auxiliares de diagnóstico que possam ser úteis para orientar cada situação clínica e definir o plano de cuidados.

A EIHS CP do CHPVVC rege-se por princípios que definem a sua particular missão assistencial (EIHS CP, 2020):

- Considerando a morte como um processo natural, afirmar a vida e o seu valor intrínseco que não deve ser prolongado através da obstinação terapêutica;
- Valorizar a qualidade de vida do doente e da sua família;
- Prestar cuidados de forma individualizada, humanizada e tecnicamente rigorosa;

- Assegurar a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- Deter conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- Compreender as necessidades individuais do doente;
- Respeitar os valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- Assegurar a continuidade de cuidados ao longo da evolução da doença.

#### 4.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL

A atividade assistencial decorre no internamento e na consulta externa. No internamento pela observação e avaliação de doentes para o quais é solicitada a colaboração da EIHSCP, pela participação nas Conferências Familiares e pela discussão do Plano Individual de Cuidados com a equipa assistencial.

Na consulta externa a atividade está organizada por forma a que a primeira avaliação seja sempre presencial, com o doente e o cuidador principal (sempre que possível). O acompanhamento em consultas subsequentes inclui consultas presenciais e por via telefónica. Para a avaliação de situações de agudização e descontrolo sintomático agudo que não necessitem de intervenção emergente a equipa disponibiliza uma “consulta aberta” diária com agendamento mediante pedido e disponibilidade de transporte.

A equipa realiza ainda um grande número de conferências familiares cujo objetivo principal é envolver a família e os cuidadores na definição do plano individual de cuidados para o doente.

##### 4.2.1. CONSULTADORIA – INTERNAMENTO

A equipa assistencial dos serviços de internamento solicita a colaboração da EIHSCP que realiza uma primeira observação do doente para avaliar os objetivos do pedido e apresentar-se ao doente propondo o seu acompanhamento. Esta atividade é realizada pela equipa diariamente, com apenas algumas exceções.

Este primeiro contacto é fundamental para explicar ao doente e aos seus familiares (se estiverem presentes) o que são os CP, o modo de funcionamento da EIHSCP e o que pode oferecer com a sua intervenção. Ao mesmo tempo, na maioria das situações é proposta alguma alteração terapêutica para alívio de sintomas que necessitam de um

maior controlo na perspetiva do doente. De acordo com a situação clínica, a resposta à terapêutica instituída e às necessidades do doente e da equipa assistencial são programadas as visitas ao internamento que forem necessárias. A intervenção dos CP está associada com melhoria na qualidade de vida e no controlo de sintomas dos doentes (Kavalieratos, 2016).

O plano de cuidados definido para cada um dos doentes observados inclui também a orientação prevista após alta hospitalar, nomeadamente, a colaboração na definição do destino após saída do hospital, das necessidades em termos de terapêutica no domicílio e das intervenções de outras equipas ou outros profissionais que possam ser necessárias. Muito frequentemente, sobretudo quando os doentes regressam ao domicílio, é necessária colaboração do serviço social para proporcionar informação e agilizar ajudas técnicas ou apoios sociais para que o doente consiga ter um regresso com aquilo de que necessita para ter conforto.

O estabelecimento de um plano individual de cuidados está relacionado com o impacto na autonomia para as atividades de vida diária e com a evolução esperada da doença.

Há evidência de que o plano de cuidados tem impacto na qualidade de vida nos cuidados em fim de vida e que as intervenções no âmbito da definição do plano individual de cuidados são mais eficazes em permitir a satisfação da vontade do doente do que os documentos escritos isolados (Brinkman, 2014).

Desta forma, são aplicadas pela equipa escalas para medir a autonomia do doente em relação as atividades de vida diária, avaliar o desempenho físico do doente e orientar o prognóstico de forma a determinar a abordagem apropriada após alta: a escala *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) - uma escala de 0 a 5 (Oken, 1982), a Escala de Barthel modificada composta por 10 itens relacionados com a autonomia nas atividades

de vida diária (Colin, 1988) e a *Palliative Performance Scale* (PPS) que classifica a funcionalidade dos doentes de 0 a 100%, com intervalos de 10 em 10, em que 100% corresponde a uma pessoa totalmente funcional e 0% à morte (Anderson, 1996).

As visitas são realizadas sempre de forma conjunta, com médico e enfermeiro. Os doentes são discutidos, antes e depois da visita, bem como com a equipa assistencial do internamento e ainda na reunião multidisciplinar que decorre semanalmente, por forma a obter as diversas visões sobre os problemas detetados e as suas possíveis orientações. Este é um ponto fundamental na abordagem destes doentes uma vez que se tratam de situações muito complexas e com necessidade de escolhas difíceis, nomeadamente, em termos sociais. Durante este período participou sempre de forma ativa nestas observações, no registo das consultas e na orientação dos doentes.

Durante este período de nove meses, foram observados no internamento 156 doentes, distribuídos entre as duas unidades hospitalares, embora maioritariamente da unidade de Vila do Conde. Destes doentes 53% eram do sexo feminino (n= 82).

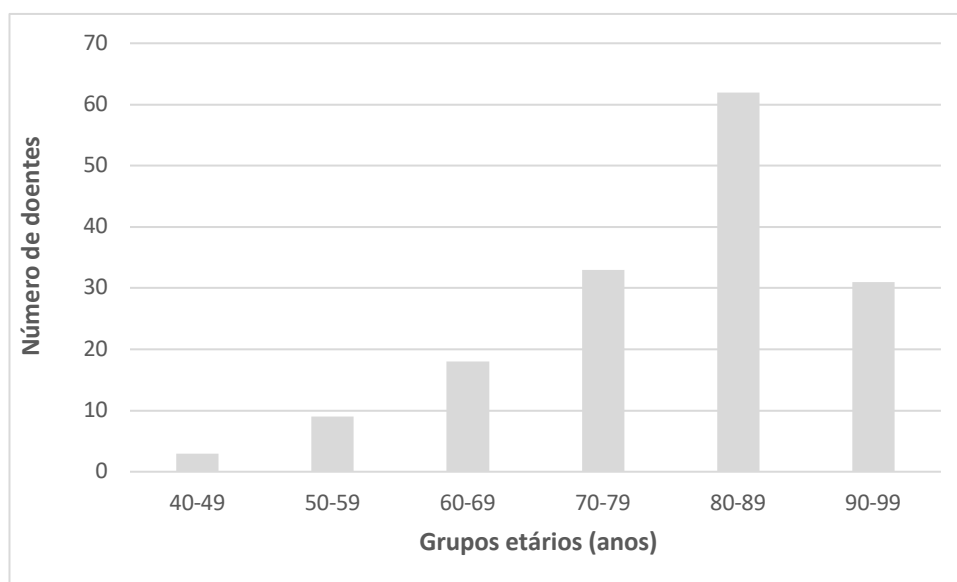


Figura 2: Distribuição dos doentes observados durante o estágio no internamento, distribuídos por grupos etários

A idade média dos doentes observados foi de 79 anos, tendo as idades variado entre os 44 anos e os 99 anos. O grupo etário mais frequente foi o dos 80 aos 89 anos (Figura 2). Estes valores estão de acordo com a população de doentes que habitualmente se encontra nos internamentos hospitalares, de acordo com outros estudos (Capelas M, 2018).

O quadro 3 descreve os principais diagnósticos nos doentes observados no internamento. O grupo das doenças não oncológicas foi mais prevalente (n= 111; 71,2%) que o das doenças oncológicas (n= 45; 28,8%).

Dentro das doenças não oncológicas os diagnósticos principais mais frequentes foram demência na doença de Alzheimer (n= 23; 14,7%), insuficiência cardíaca (n= 21; 13,5%) e doença pulmonar obstrutiva crónica (n= 13; 8,3%). No que se refere às doenças oncológicas, os diagnósticos principais mais frequentes foram neoplasia maligna do pulmão (n= 8; 5,1%), neoplasia maligna sem especificação de localização (n= 6; 3,8%), neoplasia maligna da mama (n= 3; 1,9%) e neoplasia maligna do pâncreas (n= 3; 1,9%).

O facto das doenças não oncológicas serem mais frequentes do que as oncológicas revela o conhecimento dos profissionais do CHPPVC da grande importância que a colaboração dos CP pode ter na prestação de cuidados aos doentes com doença crónica na sua fase mais avançada.

| Diagnóstico principal                                                      | N          | %          |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| <b>Doença não oncológica</b>                                               |            |            |
| Demência na doença de Alzheimer                                            | 23         | 14,7       |
| Insuficiência cardíaca                                                     | 21         | 13,5       |
| Doença pulmonar obstrutiva crônica                                         | 13         | 8,3        |
| Demência vascular                                                          | 7          | 4,5        |
| Sequelas de doenças cerebrovasculares                                      | 7          | 4,5        |
| Demência na doença de Parkinson                                            | 6          | 3,8        |
| Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista                    | 5          | 3,2        |
| Acidente vascular cerebral isquêmico                                       | 3          | 1,9        |
| Doença do neurônio motor                                                   | 3          | 1,9        |
| Doença vascular periférica não especificada                                | 3          | 1,9        |
| Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico | 2          | 1,3        |
| Doença renal em estágio final                                              | 2          | 1,3        |
| Encefalopatia não especificada                                             | 2          | 1,3        |
| Lesão intracraniana ocupando espaço                                        | 2          | 1,3        |
| Outras doenças pulmonares intersticiais com fibrose                        | 2          | 1,3        |
| Anemia por deficiência de ferro                                            | 1          | 0,6        |
| Artrite séptica                                                            | 1          | 0,6        |
| Autismo atípico                                                            | 1          | 0,6        |
| Demência em outras doenças especificadas classificadas em outra parte      | 1          | 0,6        |
| Doença alcoólica do fígado                                                 | 1          | 0,6        |
| Endocardite de valva não especificada                                      | 1          | 0,6        |
| Neuropatia hereditária motora e sensorial                                  | 1          | 0,6        |
| Outras doenças cerebrovasculares especificadas                             | 1          | 0,6        |
| Outras septicemias                                                         | 1          | 0,6        |
| Transtornos vasculares do intestino                                        | 1          | 0,6        |
| <b>Doença oncológica</b>                                                   |            |            |
| Neoplasia maligna do pulmão                                                | 8          | 5,1        |
| Neoplasia maligna, sem especificação de localização                        | 6          | 3,8        |
| Neoplasia maligna da mama                                                  | 3          | 1,9        |
| Neoplasia maligna do pâncreas                                              | 3          | 1,9        |
| Mieloma múltiplo                                                           | 2          | 1,3        |
| Neoplasia maligna da laringe                                               | 2          | 1,3        |
| Neoplasia maligna da próstata                                              | 2          | 1,3        |
| Neoplasia maligna das vias biliares com lesão invasiva                     | 2          | 1,3        |
| Neoplasia maligna do cérebro, exceto lobos e ventrículos                   | 2          | 1,3        |
| Neoplasia maligna do estômago                                              | 2          | 1,3        |
| Neoplasia maligna do reto                                                  | 2          | 1,3        |
| Neoplasia maligna esôfago                                                  | 2          | 1,3        |
| Melanoma maligno da pele                                                   | 1          | 0,6        |
| Carcinoma de células hepáticas                                             | 1          | 0,6        |
| Linfoma não-Hodgkin difuso                                                 | 1          | 0,6        |
| Neoplasia maligna bexiga                                                   | 1          | 0,6        |
| Neoplasia maligna da órbita                                                | 1          | 0,6        |
| Neoplasia maligna das vias biliares extra-hepáticas                        | 1          | 0,6        |
| Neoplasia maligna do cólon                                                 | 1          | 0,6        |
| Neoplasia maligna dos seios da face                                        | 1          | 0,6        |
| Neoplasia maligna da língua                                                | 1          | 0,6        |
| <b>Total</b>                                                               | <b>156</b> | <b>100</b> |

Quadro 3: Diagnóstico principal dos doentes observados no internamento durante o período do estágio, classificada com CID-10

Estes doentes beneficiam muito com a orientação do plano de cuidados de forma a privilegiar o conforto, aliviar os sintomas, evitar o encarniçamento terapêutico e acompanhar o doente e a família envolvendo-os nas decisões sobre assuntos tão importantes como a hidratação e a alimentação no fim de vida, o local onde gostariam de passar os últimos dias de vida ou a possibilidade de escrever uma diretiva antecipada de vontade (Brinkman, 2014). Esta comunicação com o doente, no ambiente do internamento, tem barreiras físicas que são difíceis de ultrapassar por serem enfermarias com várias camas em que a única barreira eram as cortinas à volta da cama do doente.

Muitas vezes, só na consulta externa num ambiente com maior privacidade foi possível abordar os doentes de uma forma mais completa.

Os principais diagnósticos estão relacionados com a demência, a insuficiência cardíaca e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). As insuficiências de órgão, como a insuficiência cardíaca e a DPOC, na sua fase mais avançada provocam sintomas e agudizações progressivamente mais frequentes e mais graves (Amblàs-Novellas, 2016; Lowey, 2018).

O caso especial das demências provoca desafios especiais no seguimento destes doentes uma vez que se trata, habitualmente, de uma progressão para a impossibilidade de comunicar com o doente, que deixa de ter vida de relação, surgindo também dificuldades associadas a hidratação e nutrição. Como é uma doença progressiva e, na maioria dos casos, com deterioração continua durante anos, apresenta desafios em termos de decisões sobre o melhor plano de cuidados para o conforto do doente e evitando o encarniçamento terapêutico (Eisenmann, 2020). Acrescem as questões da comunicação com os familiares e, mesmo entre profissionais que cuidam por se

tratarem de doentes muito complexos (Eisenmann, 2020).

Os CP procuram controlar e aliviar os sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais que possam surgir no doente através da prestação de cuidados globais e ativos (Gomez Baptiste, 2005). No entanto, são cuidados centrados nas necessidades daquele doente e não no seu diagnóstico. Desta forma, são dirigidos a doentes com diversas patologias e não apenas aos doentes oncológicos (Neto, 2006).

O envelhecimento da população e o aumento da doença crónica tem vindo a provocar um aumento progressivo de doentes com uma doença crónica e irreversível que são internados nos últimos dias de vida em enfermarias de agudos, onde acabam por morrer. Os cuidados de saúde prestados nessas instituições devem ter como objetivos não só o tratamento e eventual cura, como a promoção do conforto, na forma de controlo sintomático e melhoria da qualidade dos últimos dias de vida (Braga, 2017).

A presença de várias doenças crónicas em fase avançada é também um fator de complexidade adicional. Nalgumas situações foi difícil escolher o principal diagnóstico porque os doentes apresentavam no pedido de colaboração mais do que uma doença crónica em fase avançada e que poderia condicionar a necessidade de intervenção dos CP. Nestes casos, foi escolhido o diagnóstico relacionado com o motivo de colaboração referido no pedido. Assim, poderá haver algum viés de interpretação pessoal aqui descrita.

A maior parte (n= 139; 89,1%) dos pedidos de colaboração foram realizados pelo serviço de Medicina, que acompanha as doenças crónicas complexas, os doentes frágeis e com múltiplas patologias que acabam por deixar de responder ao tratamento curativo ao longo da evolução da doença com agudizações progressivamente mais frequentes e com necessidade, por vezes, de internamentos para controlo sintomático. As especialidades

de Cirurgia e Ortopedia também realizaram alguns pedidos de colaboração (Cirurgia: n= 15, 9,6%; Ortopedia: n=2, 1,3%) o que demonstra o reconhecimento da importância dos CP também nestes doentes.

Os motivos de pedido de colaboração da EIHSCP para os doentes observados no internamento são descritos no quadro 4. Os motivos principais encontrados foram a dispneia, a orientação após alta, a alimentação, a agitação e a dor.

| Motivo de referenciação     | N          | %            |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Dispneia                    | 45         | 28,8         |
| Orientação após alta        | 22         | 14,1         |
| Alimentação                 | 19         | 12,2         |
| Agitação                    | 14         | 9,0          |
| Dor                         | 14         | 9,0          |
| Broncorreia                 | 8          | 5,1          |
| Delirium                    | 5          | 3,2          |
| Convulsões                  | 4          | 2,6          |
| Isquemia do membro inferior | 3          | 1,9          |
| Obstipação                  | 3          | 1,9          |
| Decisão de amputação        | 2          | 1,3          |
| Hemorragia retal            | 2          | 1,3          |
| Prostração                  | 2          | 1,3          |
| Úlceras crónicas            | 2          | 1,3          |
| Alterações da consciência   | 1          | 0,6          |
| Anasarca                    | 1          | 0,6          |
| Angústia terminal           | 1          | 0,6          |
| Ansiedade                   | 1          | 0,6          |
| Depressão                   | 1          | 0,6          |
| Disfagia                    | 1          | 0,6          |
| Dor abdominal               | 1          | 0,6          |
| Dor total                   | 1          | 0,6          |
| Ferida hemorrágica          | 1          | 0,6          |
| Hemorragia digestiva        | 1          | 0,6          |
| Suboclusão intestinal       | 1          | 0,6          |
| <b>Total</b>                | <b>156</b> | <b>100,0</b> |

Quadro 4: Principais motivos para pedido de colaboração da EIHSCP no internamento durante o período do estágio

A dispneia é foi o principal sintoma que motivou o pedido de colaboração da EIHSCP.

Trata-se de um sintoma dominante nestes doentes o que está de acordo com os

principais diagnósticos encontrados nos doentes internados e que incluem insuficiência cardíaca e a doença pulmonar crónica obstrutiva. Estas patologias na sua fase mais avançada e nas agudizações exigem a associação de várias medidas terapêuticas para atingir o seu controlo. Este resultado está de acordo com outros estudos publicados que referem que a dispneia é um sintoma que provoca mal-estar em muitos doentes em fim de vida e nos seus cuidadores. É comum em muitas doenças avançadas e é frequente no fim de vida (Baker Rogers, 2023).

A dor é também um sintoma muito frequente nos CP e descrita em vários estudos como motivo frequente de desconforto (Gonzalez, 2012). O controlo da dor é uma das áreas essenciais de atuação dos CP pela sua frequência e pelo impacto na qualidade de vida destes doentes. Trata-se de doentes habitualmente já medicados por outras especialidades, com dor originada por diversas etiologias, com múltiplas patologias que interferem na resposta ao tratamento e que implicam cuidados adicionais na sua utilização como a insuficiência de órgão ou o risco hemorrágico (Wood, 2018).

Esta foi uma área de grande evolução pessoal em termos de estudo da etiologia da dor, da compreensão dos mecanismos envolvidos, dos fármacos disponíveis (vias de administração, posologia, efeitos laterais) e das intervenções não farmacológicas. Ao mesmo tempo, embora não seja possível em todas as situações tratar totalmente a dor, a resposta na maioria dos casos é muito positiva com alívio que melhora a vida do doente.

A necessidade da colaboração da equipa com o motivo “orientação após alta” (n= 22; 14,2%) aparece como um dos mais frequentes traduzindo o pedido de intervenção da EIHSCP em situações que precisavam de ser orientadas para a consulta externa de cuidados paliativos, situações de elevada complexidade que necessitavam de

intervenção junto do doente e da família para comunicação de mau prognóstico e situações em que se tornou necessário decidir qual o melhor destino para o doente dada a sua fragilidade e aumento do grau de dependência. Estes são casos em que o motivo principal do pedido de colaboração se prendeu não tanto com a abordagem dos sintomas, mas mais com a comunicação e com a tomada de decisões difíceis, envolvendo a equipa multidisciplinar e com experiência em doenças crónicas avançadas. Foram oportunidades para aprender e progredir na comunicação gerindo as necessidades, as expectativas e as possibilidades de intervenção junto da família e do doente. Muitos destes casos incluíam a necessidade de intervenção social para ajudar a diminuir as dificuldades no regresso do doente ao domicílio. Em diversas ocasiões faz-se sentir a falta de respostas sociais para os doentes com elevado grau de dependência e as dificuldades da família em cuidar.

O apoio psicossocial é uma necessidade comum em CP nos doentes portadores de doenças ameaçadoras de vida ou terminais e os seus cuidadores experienciam um grande nível de stress e os profissionais que os acompanham necessitam de estar bem treinados para os acompanhar e orientar (WHO, 2016).

Nalgumas situações foi difícil escolher o principal motivo do pedido de colaboração porque os doentes são, na maioria, doentes complexos com várias necessidades de intervenção dos CP. Assim, poderá haver algum viés de interpretação pessoal aqui descrita. No entanto, os resultados estão de acordo com o experimentado durante o estágio em que os pedidos de intervenção se relacionaram sobretudo com a necessidade de orientação dos doentes com necessidades paliativas após alta hospitalar e com dificuldade na gestão dos sintomas.

A duração média de internamento nos doentes observados pela equipa foi de 12 dias

com um mínimo de 3 dias e um máximo de 60 dias. Este valor vai de encontro ao esperado dada a complexidade destes doentes. Nos hospitais portugueses em 2019 a duração média do internamento situou-se em 9,1 dias, sendo mais longa nas Unidades de Cuidados Intensivos como é característica deste tipo de internamento: 18,4 dias nos cuidados intensivos pediátricos, 17,2 dias nos cuidados intensivos neonatais e 11,8 dias nos cuidados intensivos de adultos (INE, 2019).

O internamento destes doentes tem uma duração relacionada sobretudo com a necessidade de múltiplas intervenções terapêuticas e com as necessidades sociais já acima descritas.

O destino dos doentes após alta do internamento, por ordem decrescente, foi o domicílio (n=73; 47,4%), seguido dos óbitos (n= 29; 18,8%), das estruturas residenciais para idosos (n=18; 11,7%), das admissões em UCP (n= 14; 9,1%) e das ULDM (n= 10; 6,5%). Finalmente, seis doentes regressaram ao domicílio com apoio da ECSCP (que iniciou atividade), cinco doentes regressaram ao domicílio com apoio da ECCL, dois doentes regressaram ao domicílio com apoio da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) e um doente foi transferido para o estrangeiro (por se tratar de uma vontade expressa pela família).

Assim, a maioria dos doentes regressaram ao domicílio após internamento. Os doentes foram ainda orientados para a consulta externa de CP sempre que havia condições clínicas para isso e nos casos em que se justificava (n=65; 42,2%).

Em relação ao conhecimento do prognóstico dos 154 doentes observados, a maioria 71 conheciam o prognóstico (n= 71; 46%), embora ainda houvesse alguns casos em que isso não acontecia (n= 53; 34,4%). Nalgumas situações não foi possível avaliar este assunto (n= 30; 19,5%). Estes números estão relacionados com o elevado grau de dependência

que os doentes apresentavam não sendo possível, muitas vezes, abordar estas questões no ambiente do internamento sendo estes assuntos adiados para o ambiente mais privado da consulta. Outra justificação são os doentes com défices cognitivos que incapacitam a compreensão do seu prognóstico (Walsh, 2021).

A grande maioria dos doentes observados no internamento apresentava um elevado grau de dependência. Um dos grandes desafios atuais consiste na dificuldade em obter as respostas sociais adequadas às necessidades dos doentes nesta fase da sua vida tendo-se verificado que em muitas situações os internamentos são prolongados por questões sociais (Pocinho R, 2019). A dificuldade na preparação da alta, os cuidados pós-alta e os apoios sociais têm estado no centro do debate social e político. Para além dos casos extremos de desresponsabilização dos familiares e abandono hospitalar, importam as situações em que os cuidadores têm dificuldade em proporcionar as condições adequadas aos doentes que se tornaram subitamente mais dependentes, necessitando de uma rápida adaptação do ambiente familiar ou de recursos materiais financeiramente exigentes, o que condiciona o prolongamento dos internamentos. A criação da RNCCI surgiu também com o objetivo de reabilitar as pessoas em situação de dependência, promovendo a sua funcionalidade e autonomia, e receber os doentes com necessidade de cuidados de longa duração ou paliativos. Apesar do aumento progressivo das vagas na RNCCI estas continuam insuficientes para as necessidades. O tempo de espera ocorre frequentemente no contexto de internamento, prolongando a permanência hospitalar após a alta clínica (Pocinho R, 2019).

A EIHS CP utiliza, frequentemente, as conferências familiares como uma ferramenta para a definição do plano individual de cuidados e para auxílio no envolvimento da família, dos cuidadores e do doente nessa orientação. Estas implicam um grande investimento

da equipa em termos de tempo e de recursos humanos, mas assumem um papel fundamental nestes doentes e na gestão dos recursos na comunidade sendo melhor descritas abaixo. Ao mesmo tempo, a discussão em reunião entre os vários profissionais sobre a situação de cada doente revelou-se muito frutífera pela diversidade de contributos fornecidos para o plano, tanto pelas várias áreas profissionais como pelas diferentes opiniões de cada profissional (Borgstrom, 2021).

Os estudos publicados sobre as conferências familiares mostram que são úteis para os profissionais, para os doentes e para os familiares. Os familiares e muitos dos doentes expressam espontaneamente as preocupações com o fim de vida. A abordagem centrada no doente, utilizada nas conferências familiares, envolvendo ativamente o doente pode proporcionar oportunidades adicionais e valiosas para que os doentes e as famílias expressem preocupações mútuas, transmitam mensagens de conforto e apreço e se preparem para a morte (Sanderson, 2017).

No decurso do estágio foram constatadas algumas dificuldades relacionadas com a utilização de fármacos off-label pela EIHSCP.

A utilização de um medicamento fora do âmbito das indicações terapêuticas aprovadas é da inteira responsabilidade do médico prescriptor, que entende que um dado medicamento se adequa a uma dada indicação terapêutica, face ao caso particular de um seu doente. É competência das comissões de farmácia e terapêutica e/ou de ética, de cada instituição, pronunciarem-se sobre a correção da terapêutica prescrita aos doentes (Infarmed, 2010). Quando o medicamento é utilizado respeitando as indicações, dose, frequência de administração, faixa etária, duração de tratamento e outras características previstas no seu RCM, considera-se que o medicamento está a ser utilizado de acordo com o seu label. Quando o medicamento é intencionalmente

utilizado em indicações terapêuticas ou formas de utilização e administração diferentes das aprovadas pela entidade reguladora, estamos então perante uma utilização designada como off-label (Ghinea, 2017; Remi, 2020).

A prescrição off-label é comum na prática clínica e tem implicações clínicas, éticas e legais a considerar (Peralta, 2021; Hagemann, 2019). A possibilidade de cometer erros na definição de um tratamento é maior e envolve a assunção direta de responsabilidade pelo médico prescritor, tanto em termos de eficácia como de possíveis efeitos adversos (Escoval, 2011; Agenzia Italiana del farmaco, 2018; Bennett, 2002). Existem requisitos para um off-label aceitável: um consentimento informado do doente; a decisão deve partir de um médico (e não do governo, autoridades de saúde ou administração hospitalar), com base na sua liberdade de prescrição e de acordo com a *leges artis*; deve ser fundamentada num conjunto de evidências científicas de elevada qualidade (Ordem dos Médicos, 2016; Ginea, 2017; Peralta, 2021). O uso off-label só deve acontecer se não existir um medicamento autorizado no mercado nacional ou se o existente não satisfaz as necessidades do doente (Bennett, 2002).

O uso off-label é comum em cuidados paliativos (CP), correspondendo até um terço das prescrições. A necessidade de prescrição off-label em CP relaciona-se com a falta de medicamentos aprovados destinados ao controlo dos sintomas, limitando assim o cuidado “ideal” ao doente. A palição não é um mercado atraente para a pesquisa de medicamentos, sendo a maioria dos ensaios clínicos focados no tratamento da doença, em vez de na gestão de sintomas. A dificuldade de conduzir ensaios clínicos de forma ética numa população frágil, com um estado clínico rapidamente flutuante ou deteriorado cria outra barreira à pesquisa, levando a menos avanços científicos (Kwon, 2017; Hagemann, 2019).

A prescrição off-label é um dos desafios no final da vida em CP. Além das implicações clínicas tem implicações éticas importantes, associadas por exemplo à autonomia e ao consentimento informado (Hagemann, 2019). A Direção Geral de Saúde (DGS), possui uma norma que implica a obrigatoriedade de assinatura de um consentimento informado e esclarecido por parte do doente, relativamente ao uso off-label de medicamentos de dispensa hospitalar (DGS, 2015).<sup>7</sup> Este documento é dispensável em circunstâncias especiais, particularmente se o tratamento não puder ser adiado, se o paciente tiver explicitamente expresso vontade de não ser informado sobre o tratamento e/ou em circunstâncias em que o doente não está capaz de dar o consentimento (Agenzia italia medicamento, 2018).

Nem toda a prescrição off label acarreta o mesmo tipo de riscos.<sup>8</sup> Se for um uso off-label reconhecido e com elevada evidência científica (por ex. morfina para dispneia) o benefício clínico é superior aos riscos e nestes casos a obtenção formal do consentimento informado por escrito poderá ser omitida, não obstante informação verbal ao paciente sobre as implicações do tratamento. No caso de não haver evidência robusta que suporte a sua utilização, o uso off-label por rotina não se justifica, mas pode ser apropriado de forma excecional em doentes individuais, se houver uma doença grave subjacente e alguma evidência que suporte o seu potencial benefício face aos riscos e o tratamento convencional tiver sido tentado ou for inadequado; nestes casos a obtenção do consentimento informado por escrito é fortemente recomendada (Gazarian, 2006).

As Equipas de CP devem esforçar-se para fornecer terapêuticas médicas eficazes e baseadas em evidência, apoiadas por pesquisas de alta qualidade. O PEDCP 2021-2022 define dentro do eixo prioritário de atuação, na qualidade, a regulamentação do uso de

fármacos off-label e a disponibilização de formulações alternativas durante o ano de 2022 (CNCP, 2021).

A utilização de medicamentos off-label deve prever uma adequada monitorização do doente, com o registo de eventuais efeitos adversos (Escoval, 2011). Os seguintes passos devem ser seguidos, especialmente nos casos em que possa ser usado um medicamento off-label com pouca ou nenhuma evidência científica de base (Remi, 2020):

1. Identificação dos fármacos/terapias (para uso off)
2. Explorar alternativas
3. Considerar os standards médicos correntes
4. Informação do paciente (obter consentimento informado quando elegível)
5. Tentativa de tratamento plausível cientificamente (após avaliação do risco geral e individual)
6. Comunicação (Fármacia/médico prescritor – circuito do medicamento)
7. Registo (registo completo das prescrições off-label, dos motivos que a fundamentaram e dos respetivos resultados e efeitos adversos).

O desenvolvimento dos CP enquanto área de cuidados especializados e diferenciados na saúde requer uma prática baseada em evidência e, como tal, investigação rigorosa e de qualidade. A investigação em cuidados paliativos é pautada por desafios e questões diversos, que vão desde a heterogeneidade da população paliativa às questões metodológicas e éticas que a investigação nesta área impõe. Fruto deste esforço em investigação clínica no âmbito dos CP, é crescente o número e a qualidade da evidência científica relativa à utilização de fármacos off-label (Pereira, 2020).

Desta forma, durante o estágio a candidata realizou uma pesquisa alargada sobre os fármacos ou as apresentações em causa, a equipa fez uma reunião onde foram definidas

as dificuldades maiores já detetadas, contactei outras equipas intra-hospitalares de CP para trocar experiências e dinamizou-se uma reunião com uma farmacêutica do CHPVVC para definir qual a melhor forma de conduzir este processo.

De todo este caminho percorrido, resultou um documento (Anexo I) revisto e aprovado pela EIHSCP que foi submetido à Comissão de Farmácia e Terapêutica do CHPVVC. O objetivo é apresentar uma fundamentação técnica de medicamentos habitualmente utilizados (ou eventualmente necessários) pela EIHSCP em contexto off-label. Pretende-se desta forma agilizar a análise dos pedidos de prescrição no âmbito dos tratamentos farmacológicos off-label, por forma a garantir o cumprimento dos critérios de utilização emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e pelo INFARMED, sem atrasar o tratamento adequado de um sintoma causador de elevado sofrimento. Este processo revelou-se uma oportunidade de aprofundamento e sistematização de posologias e vias de administração de fármacos e, ao mesmo tempo, uma revisão da sua fundamentação.

#### 4.2.2 CONSULTA EXTERNA

A consulta externa de Cuidados Paliativos foi uma atividade também realizada todos os dias do estágio por fazer parte do plano de trabalho diário da equipa.

A EIHS CP possui um gabinete destinado a este fim, todos os dias de manhã, na zona da consulta externa da unidade de Vila do Conde. Os profissionais que participam na consulta são sempre pelo menos um médico e um enfermeiro. Nalgumas situações a psicóloga ou a assistente social podem também participar na realização destas consultas. Em situações pontuais foram envolvidos os profissionais de outras especialidades como a Pneumologia, a Psiquiatria, a Cardiologia e a Ortopedia que realizam consulta externa nesta unidade, para diminuir o número de deslocações dos doentes que se encontram em situações mais frágeis.

Os doentes são orientados previamente do internamento, da consulta externa de outras especialidades, de outros hospitais ou dos cuidados de saúde primários.

A equipa realiza consultas programadas previamente agendadas com o doente ou a sua família/cuidadores e consultas abertas após contacto telefónico.

As consultas programadas são destinadas a realizar a primeira consulta do doente, incluindo uma avaliação completa da sua situação ou a seguimento de doentes já previamente observados. A sistematização da primeira consulta foi uma das atividades que desenvolveu em colaboração com a equipa, tendo desenvolvido um protocolo de primeira consulta a incluir no sistema informático para tornar esta recolha de informação mais completa e mais sistematizada evitando falhas na colheita de informação (Anexo II).

A consulta aberta/consulta não programada destina-se ao atendimento de doentes que foram avaliados previamente por via telefónica e que necessitem de uma avaliação

presencial com brevidade, evitando o recurso destes doentes ao serviço de urgência.

Durante este período de nove meses, participou em 152 consultas presenciais com o doente e a família ou cuidador. Estas consultas foram realizadas a um total de 108 doentes, sendo 52 (48,1%) do sexo feminino e 56 (51,9%) do sexo masculino. A idade dos doentes variou entre os 24 anos e os 97 anos com uma média de idades de 75 anos.

O grupo etário mais frequente foi o dos 80 aos 89 anos (n=47; 44%) (Figura 3).

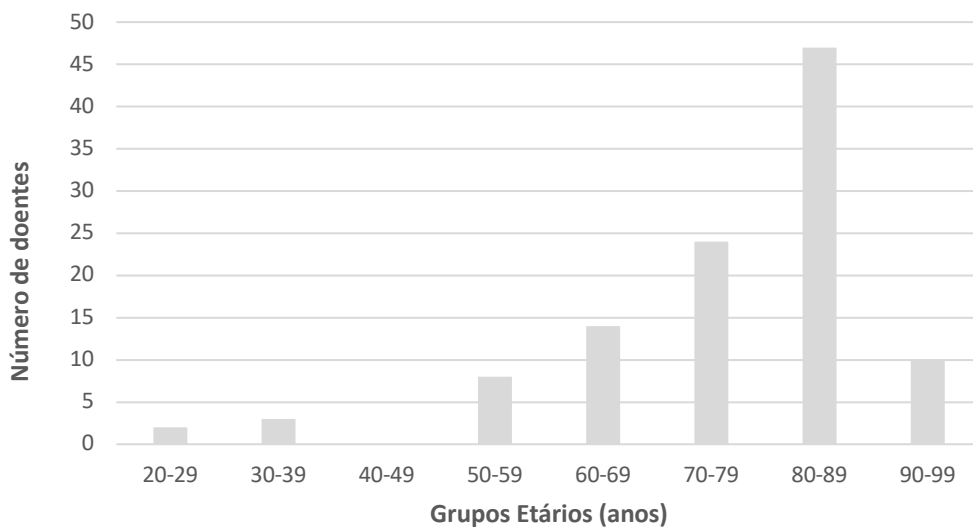


Figura 3: Distribuição dos doentes observados durante o estágio na consulta externa por grupos etários

O quadro 5 descreve os principais diagnósticos nos doentes observados na consulta externa. O grupo das doenças não oncológicas foi mais prevalente (n= 55; 50,9%) que o das doenças oncológicas (n=53; 49,1%). Neste ambiente a diferença entre os dois grupos não foi muito evidente. Este facto poderá estar relacionado com a dependência que as doenças crónicas em estadio avançado implicam e a dificuldade em frequentarem a consulta presencial. Estes doentes são muitas vezes observados presencialmente uma primeira vez e seguidos em consulta telefónica sempre que possível. Quando o estado de saúde se altera e é necessária uma nova observação presencial os doentes são

agendados.

| Diagnóstico principal                                          | N          | %          |
|----------------------------------------------------------------|------------|------------|
| <b>Doença não oncológica</b>                                   |            |            |
| Insuficiência cardíaca                                         | 18         | 16,7       |
| Doença pulmonar obstrutiva crônica                             | 14         | 13,0       |
| Demência na doença de Alzheimer                                | 6          | 5,6        |
| Demência vascular                                              | 3          | 2,8        |
| Doença renal em estágio final                                  | 3          | 2,8        |
| Demência na doença de Parkinson                                | 2          | 1,9        |
| Doença do neurônio motor                                       | 2          | 1,9        |
| Acidente vascular cerebral isquêmico                           | 1          | 0,9        |
| Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista        | 1          | 0,9        |
| Demência fronto-temporal                                       | 1          | 0,9        |
| Distrofia muscular de Duchenne                                 | 1          | 0,9        |
| Encefalopatia não especificada                                 | 1          | 0,9        |
| Esclerose múltipla                                             | 1          | 0,9        |
| Paralisia cerebral                                             | 1          | 0,9        |
| <b>Doença oncológica</b>                                       |            |            |
| Neoplasia maligna do pulmão                                    | 9          | 8,3        |
| Carcinoma de células hepáticas                                 | 6          | 5,6        |
| Neoplasia maligna do estômago                                  | 4          | 3,7        |
| Neoplasia maligna da mama                                      | 4          | 3,7        |
| Neoplasia maligna do cólon                                     | 3          | 2,8        |
| Neoplasia maligna do reto                                      | 3          | 2,8        |
| Neoplasia maligna da próstata                                  | 2          | 1,9        |
| Neoplasia maligna, sem especificação de localização            | 2          | 1,9        |
| Síndrome mielodisplásica                                       | 2          | 1,9        |
| Neoplasia maligna do pâncreas                                  | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna da laringe                                   | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna do íleo                                      | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna do ovário                                    | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna esôfago                                      | 1          | 0,9        |
| Linfoma não-Hodgkin leucemizado                                | 1          | 0,9        |
| Leucemia linfóide crônica                                      | 1          | 0,9        |
| Condrossarcoma                                                 | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna bexiga                                       | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna do rim                                       | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna do sistema nervoso central, não especificada | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna do divertículo de Meckel                     | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna das vias biliares extra-hepáticas            | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna das vias biliares intra-hepáticas            | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna da pele com lesão invasiva                   | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna dos seios da face                            | 1          | 0,9        |
| Neoplasia maligna do corpo do útero com lesão invasiva         | 1          | 0,9        |
| Tumor neuroendócrino                                           | 1          | 0,9        |
| <b>Total</b>                                                   | <b>108</b> | <b>100</b> |

Quadro 5: Diagnóstico principal dos doentes observados na consulta externa durante o período do estágio,

classificada com CID-10

Nalgumas situações foi difícil escolher o principal diagnóstico porque os doentes apresentavam mais do que uma doença crónica em fase avançada e que condicionava a necessidade de intervenção dos CP. Assim, poderá haver algum viés de interpretação pessoal aqui descrita.

Em relação ao conhecimento do prognóstico dos 108 doentes observados, na maioria dos casos conheciam o prognóstico (n= 65; 60,2%) embora nalgumas situações isto não acontecesse (n= 28, 25,9%). Nalgumas situações este assunto não foi abordado (n= 15; 13,9%). Estes números estão relacionados com elevada incapacidade e com muitas preocupações, não sendo possível, por vezes, abordar estas questões logo na primeira consulta. Outra justificação são os doentes com défices cognitivos que incapacitam a compreensão do seu prognóstico e, nestas situações, foi assumido o desconhecimento do prognóstico.

Na consulta externa foi possível, num ambiente de maior privacidade, aprofundar o conhecimento da realidade de cada doente e da sua família/cuidador envolvendo-os no conhecimento sobre a doença e sobre a sua evolução. Ao mesmo tempo, este ambiente também é privilegiado para explorar as preocupações dos diversos intervenientes de uma forma mais completa.

A maior parte (n= 46; 42,6%) das referências foram realizados pelo serviço de internamento de Medicina que acompanha as doenças crónicas complexas, os doentes frágeis e com múltiplas patologias. Os restantes pedidos foram realizados pela consulta externa (n= 24; 22,2%), por outros hospitais (n= 23; 21,3%), pelos médicos de família (n= 8; 7,4%), pelo serviço de urgência (n= 4; 3,7%) e pelo internamento de cirurgia (n=3; 2,8%).

Na consulta externa uma atividade que se revela muito útil nestes doentes e implica conhecimentos técnicos adequados e treino é a desprescrição (Romero, 2018).

A desprescrição é uma avaliação sistemática dos riscos e dos benefícios potenciais de cada fármaco para aquele doente, na sua situação clínica e com o seu prognóstico. Este processo deve fazer parte do plano de cuidados, sobretudo nos doentes em fim de vida, tratando--se de uma matéria de enorme pertinência nos Cuidados Paliativos. Devem ser descontinuados os fármacos cuja expectativa temporal para benefício excede a sobrevida expectável do doente - geralmente fármacos utilizados para prevenção primária, como é o caso das estatinas. A manutenção de outros grupos de fármacos, após correta avaliação, poderá estar indicada, mas com a devida adequação aos objetivos de cuidados nestes doentes (ex.: antibióticos, anticoagulantes, inibidores da bomba de protões e fármacos hipoglicemiantes). O ato de desprescrever visa evitar ou reduzir a polifarmácia e, assim, minimizar a iatrogenia medicamentosa e a sobrecarga terapêutica que tomam especial relevância no fim de vida (Romero, 2018).

Outro aspeto também fundamental na consulta externa é a abordagem das necessidades espirituais dos doentes tendo sido uma grande mais-valia o aprofundamento de competências nesta área. A colheita da história espiritual do doente permite, através de perguntas orientadoras, que o doente partilhe as suas crenças e valores espirituais, religiosos e culturais, identificar os recursos que possui para enfrentar a doença, levantar as necessidades e as características da espiritualidade da pessoa, apontar problemas espirituais que causem sofrimento ou que influenciem na maneira como o doente toma decisões. Desta forma, o profissional consegue compreender melhor a forma como o doente vivencia o processo de adoecer e estabelecer uma relação mais profunda. (Balboni 2017; Puchalski, 2020).

A pessoa é convidada a partilhar sua história e o profissional deve ouvir e explorar o conteúdo, com empatia e compaixão, validando o seu sofrimento. Desta forma, o doente pode sentir algum conforto e assim, gradativamente, ter paz (Puchalski, 2020).

#### 4.2.3. CONSULTA TELEFÓNICA

Durante o período do estágio foram realizadas 525 consultas telefónicas a 201 doentes diferentes. Os doentes eram 94 do sexo masculino e 107 do sexo feminino.

No que diz respeito à consulta telefónica são realizadas consultas da iniciativa dos profissionais e do doente ou família.

As consultas da iniciativa dos profissionais são agendadas previamente com o objetivo de reavaliar o doente já previamente observado. A consulta da iniciativa do utente é abordada previamente por uma enfermeira da equipa que faz uma triagem e avalia as necessidades referidas.

O telefone da EIHSCP está disponível durante 8 horas por dia, até às 18h00. Não estão incluídas as noites nem os fim-de-semana. Esta disponibilidade garante aos doentes e aos familiares que a equipa está disponível para contactos que podem ir desde um pedido de medicação, às dúvidas relacionadas com a doença ou com o seu tratamento até à agudização de sintomas que possam necessitar de uma observação presencial ou de um envio para observação no serviço de urgência.

Trata-se de um serviço que assegura um contacto mais rápido com a equipa. No entanto, se fosse possível um atendimento de 24 horas seria útil para evitar idas ao serviço de urgência.

#### 4.2.3. CONFERÊNCIAS FAMILIARES

As conferências familiares (CF) revelaram-se uma componente essencial da assistência prestada aos doentes em Cuidados Paliativos. A reunião familiar é um meio de envolver os doentes e as suas famílias numa discussão sobre a doença de forma a clarificar os valores dos doentes e dos prestadores de cuidados, fornecer informações, determinar as preferências de cuidados e identificar fontes de sofrimento e de sobrecarga relacionados com a doença. A CF é considerada uma boa prática para alcançar cuidados centrados no doente e na família em cuidados paliativos (Glajchen, 2022).

Numa avaliação retrospectiva que a equipa fez do seu trabalho, no ano de 2022 foram realizadas 141 conferências familiares (CF). Esta é uma atividade que ocupa muito tempo da EISHCP e que envolve sempre pelo menos três profissionais. Em todas as situações esteve presente um médico, uma enfermeira e uma assistente social. Nalgumas situações a intervenção da psicóloga também foi solicitada.

Estas reuniões são realizadas para abordar a situação de doentes que estão internados. O objetivo é definir o plano individual de cuidados para aquele doente, envolvendo as dúvidas e as dificuldades dos diversos intervenientes, fornecendo informação sobre a situação clínica do doente, as respostas sociais existentes que podem ser acionadas, os direitos sociais do doente e da família/cuidadores e as ajudas técnicas necessárias e disponíveis. A utilidade das CF na orientação do doente após alta é fundamental para se conseguir que a saída do hospital se faça de uma forma o mais adequada possível e com os recursos disponíveis para facilitarem o conforto do doente e da família (Glajchen, 2022).

Na maior parte das situações a família conhece o diagnóstico (n= 136, 96,5%). O tempo despendido nestas reuniões foi, na maioria dos casos, mais de 60 minutos (n= 56; 39,7%)

e de 30 a 60 minutos (n= 53; 37,6%).

Embora ocupem muito tempo da equipa, estes encontros permitem uma grande evolução na orientação dos doentes e foram uma oportunidade essencial para o treino de competências comunicacionais em contexto de CP. Nomeadamente, a explanação da evolução esperada de cada doença e a escuta ativa de todas as questões da família e dos cuidadores.

### 4.3. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

#### REUNIÕES

A reunião multidisciplinar ocorre com uma periodicidade semanal, com a participação de todos os elementos da EIHSCP. Tem como objetivo a apresentação e discussão de todos os casos clínicos internados e dos doentes acompanhados na consulta externa. Serve também para a apresentação de temas, sessões de formação, discussão artigos científicos ou apresentação e discussão de trabalhos de investigação.

Nestas reuniões há também momentos de convívio informal entre os diversos profissionais o que se revela importante para o cuidado da equipa que é necessário na área dos CP.

#### PARTICIPAÇÃO COMO PALESTRANTE MESA REDONDA

##### “ONDE E QUEM PRESTA CUIDADOS EM FIM DE VIDA” (ANEXO III)

No contexto da colaboração com o grupo de estudos dos Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, foi convidada como palestrante para participar numa mesa redonda sobre a prestação de cuidados de fim de vida, nas 4<sup>as</sup> Jornadas do GESPAL, em Leiria, no dia 8 de outubro de 2022.

#### ATIVIDADES DE FORMAÇÃO

A EIHSCP dinamizou durante o período do estágio idas a ERPI e centros de dia para proporcionar formação sobre Cuidados Paliativos tanto a profissionais como a utentes. Foi realizada uma visita a um centro ocupacional para utentes em que a equipa fez uma

explicação sobre o que são os CP e os seus objetivos e esclareceu as dúvidas colocadas.

Foi também realizada uma visita a um centro social com centro de dia para idosos onde se fez uma formação para as auxiliares da saúde com o objetivo de explicar as definições e os objetivos da prestação deste tipo de cuidados.

## 5. CONCLUSÃO

O estágio profissionalizante realizado na EIHSCP do CHPVVC representou uma valiosa oportunidade de conjugação dos conhecimentos teóricos e científicos adquiridos ao longo do Mestrado em Cuidados Paliativos com a prática clínica, culminando numa maior consolidação dos saberes e competências.

Os objetivos gerais previamente definidos foram plenamente atingidos, permitindo adquirir e consolidar competências práticas fundamentais em Cuidados Paliativos. A aplicação do conhecimento teórico na prática clínica possibilitou uma abordagem mais fundamentada e humana junto dos doentes e suas famílias, proporcionando-lhes cuidados individualizados e de qualidade.

Ao longo do estágio, surgiu a oportunidade de vivenciar o trabalho em equipa multidisciplinar, compreendendo a importância da colaboração entre diferentes profissionais de saúde para garantir uma assistência integral ao doente. A identificação e abordagem dos doentes com necessidades paliativas complexas, bem como a adequada gestão dos sintomas, foram elementos essenciais na formação e prática diária.

O foco na comunicação eficaz com os doentes e suas famílias mostrou-se determinante para a construção de uma relação de confiança e empática, fundamentais para o bem-estar dos envolvidos. A abordagem à espiritualidade, como uma dimensão relevante no fim de vida, permitiu compreender e orientar as necessidades espirituais que emergem neste contexto.

O estágio possibilitou ainda a caracterização dos doentes observados, tanto no internamento como na consulta externa. A análise dos dados sociodemográficos, dos

diagnósticos principais, dos principais sintomas e do conhecimento do prognóstico pelos doentes, permitiu constatar que foi possível contactar com um grande número de situações, de patologias e de sintomas. Os resultados obtidos revelam, nos principais diagnósticos dos pedidos de colaboração no internamento, uma maior percentagem de doenças não oncológicas. Este facto está relacionado com o reconhecimento crescente do papel dos Cuidados Paliativos nestes doentes.

Acima de tudo, o estágio visou a sistematização e aprofundamento das práticas clínicas em Cuidados Paliativos, com o objetivo de integrar efetivamente equipas de trabalho nesta área. A promoção do trabalho em equipa interdisciplinar e a articulação entre os diferentes profissionais de saúde mostraram-se essenciais para uma abordagem mais completa e integrada junto dos doentes.

Em conclusão, este estágio representou uma etapa crucial no percurso académico e profissional da candidata, proporcionando uma base sólida para a prática dos Cuidados Paliativos. Os objetivos traçados foram alcançados, contribuindo para uma formação pessoal enriquecedora, bem como para uma qualificação profissional sólida e orientada para a excelência no cuidado aos doentes com necessidades paliativas. No futuro, espera-se que as aprendizagens obtidas ao longo deste estágio possam ter um impacto positivo na melhoria da qualidade de vida dos doentes em fase avançada de doença assim como nas suas famílias.

## BIBLIOGRAFIA

- Aabom B, Kragstrup J, Vondeling H, et al. Does persistent involvement by the GP improve palliative care at home for end-stage cancer patients? Palliative medicine 2006; 20: 507–512.
- Agenzia Italiana del fármaco. Farmaci off-label in cure palliative per er la popolazione adulta. 2018. Disponível em [https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/44\\_Farmacioff-labeladulto2018.pdf](https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/44_Farmacioff-labeladulto2018.pdf)
- Aguiar H. Os Cuidados Paliativos nos cuidados de saúde primários - O desafio para o século XXI. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar 2012; 28: 442–7.
- Ahmed, N., et al. “Systematic Review of the Problems and Issues of Accessing Specialist Palliative Care by Patients, Carers and Health and Social Care Professionals.” Palliative Medicine. 2004; 18 (6): 525– 542.
- Amblàs-Novellas J et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. BMJ Open. 2016 Sep 19;6(9): e012340.
- Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. J Palliat Care. 1996; 12(1):5-11.
- Atwal, A. et al. “The importance of the multidisciplinary team.” British Journal of Healthcare Assistants 2013; 1 (9).
- Balboni, T. A. et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: screening, assessment, and interventions. Journal of Pain and Symptom Management 2017; 54 (3).

- Baker Rogers J, Modi P, Minter JF. Dyspnea in Palliative Care. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2023 Jan - Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526122/>.
- Barbosa, A. et al. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina; 2010.
- Bennett M, Simpson K. The use of drugs beyond licence in palliative care and pain management. Palliative Medicine 2002; 16:367-368.
- Borgstrom E, Cohn S, Driessen A, et al. Multidisciplinary team meetings in palliative care: an ethnographic study. BMJ Supportive & Palliative Care. Published Online First: 30 September 2021.
- Braga, B. et al. "Practical Guide: Approach to the Period Called Agony". Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. 2017; (24): 48-55.
- Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. Palliat Med. 2014 Sep;28(8):1000-25.
- Bruera, E. et al. "The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method of the assessment of palliative care patients". Journal of Palliative Care. 1991; 7: 6-9.
- Capelas ML et al. Doentes paliativos nos hospitais públicos portugueses. Cadernos de Saúde. 2018, 10 (1): 14-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7263>
- Collin, C., et al. "The Barthel ADL Index: a reliability study". International disability studies. 1988; 10(2): 61-63.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2019-2020.

- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS. Coimbra, abril 2023.
- Connor SR, Bermedo MCS, Worldwide Palliative Care Alliance, et al. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014.
- Direção Geral da Saúde. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma nº 015/2013, atualizada em 04/11/2015.
- Eisenmann Y, Golla H, Schmidt H, Voltz R, Perrar KM. Palliative Care in Advanced Dementia. *Front Psychiatry*. 2020 Jul 21; 11:699.
- Equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos do CHPVVC. Guia do interno (2020-2022). Estágio em Cuidados Paliativos.
- Escoval A et al. Prescrição de medicamentos off-label. *Rev Port Farmacoter* 2011; 3:169-171.
- Finucane, A. et al. "The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: an integrative literature review". *Psycho-Oncology*. 2017; 26: 291– 300.
- Ghinea N, Kerridge I, Little M, Lipworth W. Challenges to the validity of using medicine labels to categorize clinical behavior: An empirical and normative critique of "off-label" prescribing. *J Eval Clin Pract*. 2017 Jun;23(3):574-581.
- Glajchen M, Goehring A, Johns H, Portenoy RK. Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers. *Curr Treat Options Oncol*. 2022; 23(5):658-667.
- Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *Bmj* 2006; 332: 515–521.

- Gómez-Batiste, X. et al. Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. Madrid: Edições Aran; 2005.
- Gomez-Batiste, X et al. Control de sintomas en pacientes com cancer avanzado y terminal. Madrid: Editora Aran; 2004.
- Gonçalves, J. Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. 2ª ed. Lisboa: Coisas de Ler Edições; 2013.
- Gonzales MJ, Pantilat SZ. Pain at the end of life. Hosp Med Clin. 2012;1(1):109–23.
- Grande G, Stajduhar K, Aoun S, et al. Supporting lay carers in end of life care: current gaps and future priorities. Palliat Med 2009; 23: 339–344.
- Gwyther, L. et al. “Social Work Competencies in Palliative and End-of-Life Care”. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care. 2005; 1(1): 87-120.
- Gwyther, L. et al. “Ethics and palliative care It is helpful to have a good understanding of the application of bioethical principles when caring for patients with life-threatening illness”. Continuing Medical Education. 2011; 29(7): 274-276.
- Hagemann V, Bausewein C, Remi C. Drug use beyond the licence in palliative care: A systematic review and narrative synthesis. Palliat Med. 2019; 33:650-62.
- Infarmed. Utilização de medicamentos off-label. Circular Informativa nº 184 de 12/11/2010.
- Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde 2019. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=471121097&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=471121097&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística, Pordata. CENSOS 2021 por concelho e regiões: evolução 1960-2021. Disponível em: <https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-portugal-361>

- Instituto Nacional de Estatística, Pordata. Estatísticas de óbitos, última atualização: 2023-05-17.  
[https://www.pordata.pt/portugal/obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](https://www.pordata.pt/portugal/obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758).
- Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, Hoydich ZP, Ikejiani DZ, Klein-Fedyshin M, Zimmermann C, Morton SC, Arnold RM, Heller L, Schenker Y. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2016 Nov 22;316(20):2104-2114.
- Kozlov, E. et al. "Palliative Care Gaps in Providing Psychological Treatment: A Review of the Current State of Research in Multidisciplinary Palliative Care". American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2018; 35(3): 505-510.
- Kwon JH, Kim MJ, Bruera S, Park M, Bruera E, Hui D. Off-Label Medication Use in the Inpatient Palliative Care Unit. J Pain Symptom Manage. 2017 Jul; 54(1):46-54.
- Lei de bases dos cuidados paliativos. Lei nº. 52/2012 de 5 de setembro. Diário da República: 1.a série, nº 172/2012, p. 5119 - 24.
- Lowey SE. Palliative Care in the Management of Patients with Advanced Heart Failure. Adv Exp Med Biol. 2018; 1067: 295-311.
- Man, A. et al. "Effects of a Home-Based Palliative Heart Failure Program on Quality of Life, Symptom Burden, Satisfaction and Caregiver Burden: A Randomized Controlled Trial". Journal of Pain and Symptom Management. 2018; 55 (1): 1-11.
- Marterre B, Kopecky K, Miller P. Primary palliative care for surgeons: a narrative review and synthesis of core competencies. Ann Palliat Med. 2022 Feb;11(2):885-906.
- Ministério da Saúde. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho de 2006.

- Ministério da Saúde. Alteração à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Decreto-Lei nº 136/2015 de 28 de julho de 2015.
- Ministério da Saúde. Equipa de gestão de altas e equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos. Despacho nº7968/2011 de 2 de Junho de 2011.
- Ministério da Saúde. Identifica e caracteriza as equipas locais da Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Portaria nº 340/2015 de 8 de outubro de 2015.
- Mitchell, C. “Avaliação e tratamento da dor crónica nos doentes idosos”. Revista Nursing. Edição Portuguesa. 2002; 170: 34-36.
- Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. Palliative medicine 2002; 16: 457–464.
- Moura, C. A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética. Lisboa: Coisas de Ler Edições; 2011.
- Murray SA, Firth A, Schneider N, et al. Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. Palliative medicine 2015; 29: 101–111.
- Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. Palliat Med. 2014 Jan;28(1):49-58. doi: 10.1177/0269216313489367. Epub 2013 May 21. PMID: 23695827.
- Neergaard MA, Vedsted P, Olesen F, et al. Associations between home death and GP involvement in palliative cancer care. British Journal of General Practice 2009; 59: 671–677.

- Ordem dos Médicos. Colégio da Competência de Medicina Paliativa. Critérios de admissão na Competência em Medicina Paliativa. 2022.
- Ordem dos Médicos. Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Diário da República, 2ª série; nº 139; 21 de julho de 2016.
- Pereira SM, Hernández-Marrero P. Investigação em Cuidados Paliativos em Portugal: Rasgar caminhos, perspetivar futuros. Cuidados Paliativos 2020; 7(01): 22.
- Oken, M. et al. "Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group". American Journal of Clinical Oncology. 1982; 5: 649-655.
- Payne, S. et al. "The contribution of psychologists to specialist palliative care". International Journal of Palliative Nursing. 2002; 8(8): 401-406.
- Payne M. "Developments in end-of-life and palliative care social work: International issues." International Social Work. 2009; 52(4): 513-524.
- Peralta T, Reis-Pina P, Figueiredo IV, Dourado M. Prescrição Off-Label em Cuidados Paliativos. Medicina Interna 2021; 28(4): 389-390.
- Pereira SM, Hernández-Marrero P. Investigação em Cuidados Paliativos em Portugal: Rasgar caminhos, perspetivar futuros. Cuidados Paliativos 2020; 7(01): 22.
- Pocinho R et al. Internamentos Prolongados numa Enfermaria de Medicina Interna. Medicina Interna 2019; 26 (3): 200-207.
- Pulchaski, CM et al. Overview of spirituality in Palliative Care. Block S. D.; Givens, J. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2020.
- Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care—creating a more sustainable model. New England Journal of Medicine 2013; 368: 1173–1175.

- Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, et al. The comprehensive care team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Archives of internal medicine* 2004; 164: 83–91.
- Rémi C, Bausewein C. Off-label-use em medicina paliativa. Department of Palliative Medicine, LMU Hospital Munich, 1a Editio. 2020.
- Romero I, Braga B, Rodrigues J, Rodrigues R, Galriça Neto I. “Desprescrever” nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica. RPMI [Internet]. 13 de Março de 2018 [citado 27 de Julho de 2023];25(1):48-57. Disponível em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/440>
- Sanderson CR, Cahill PJ, Phillips JL, Johnson A, Lobb EA. Patient-centered family meetings in palliative care: a quality improvement project to explore a new model of family meetings with patients and families at the end of life. *Ann Palliat Med* 2017;6(Suppl 2): S195-S205. doi: 10.21037/apm.2017.08.11
- Santosh, C. et al. “Communication with relatives and collusion in palliative care: a cross-cultural perspective.” *Indian journal of palliative care*. 2009; 15(1): 2-9.
- Sheldon F. “Dimensions of the role of the social worker in palliative care”. *Palliative Medicine*. 2000; 14(6): 491-498.
- Tandon P, Walling A, Patton H, et al. AGA clinical practice update on palliative care management in cirrhosis: expert review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2021; 19: 646–656.
- Twycross, R. Cuidados Paliativos. Lisboa: Climepsi; 2003.
- Unidade de Saúde Pública, ACES Póvoa de Varzim – Vila do Conde. Perfil Local de Saúde de Póvoa de Varzim e Vila do Conde 2022.

- Walsh SC, Murphy E, Devane D, Sampson EL, Connolly S, Carney P, O'Shea E. Palliative care interventions in advanced dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Sep 28; 9(9): CD011513.
- WONCA Europe. A definição europeia de Medicina Geral e Familiar 2002.
- Wood H, Andrew Dickman, Angela Star, Jason W Boland. Updates in palliative care – overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. Clinical Medicine Feb 2018; 18 (1): 17-22.
- World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. World Health Organization, 2002.
- World Health Organization. World report on ageing and health. World Health Organization, 2015.
- World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. 2016.
- World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018.
- World Health Organization. Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice. Geneva: World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345674> (2021, accessed 21 June 2022).
- Yosick, L. et al. “Effects of a Population Health Community-Based Palliative Care Program on Cost and Utilization”. Journal of Palliative Medicine. 2019; 22(9): 1075-108.

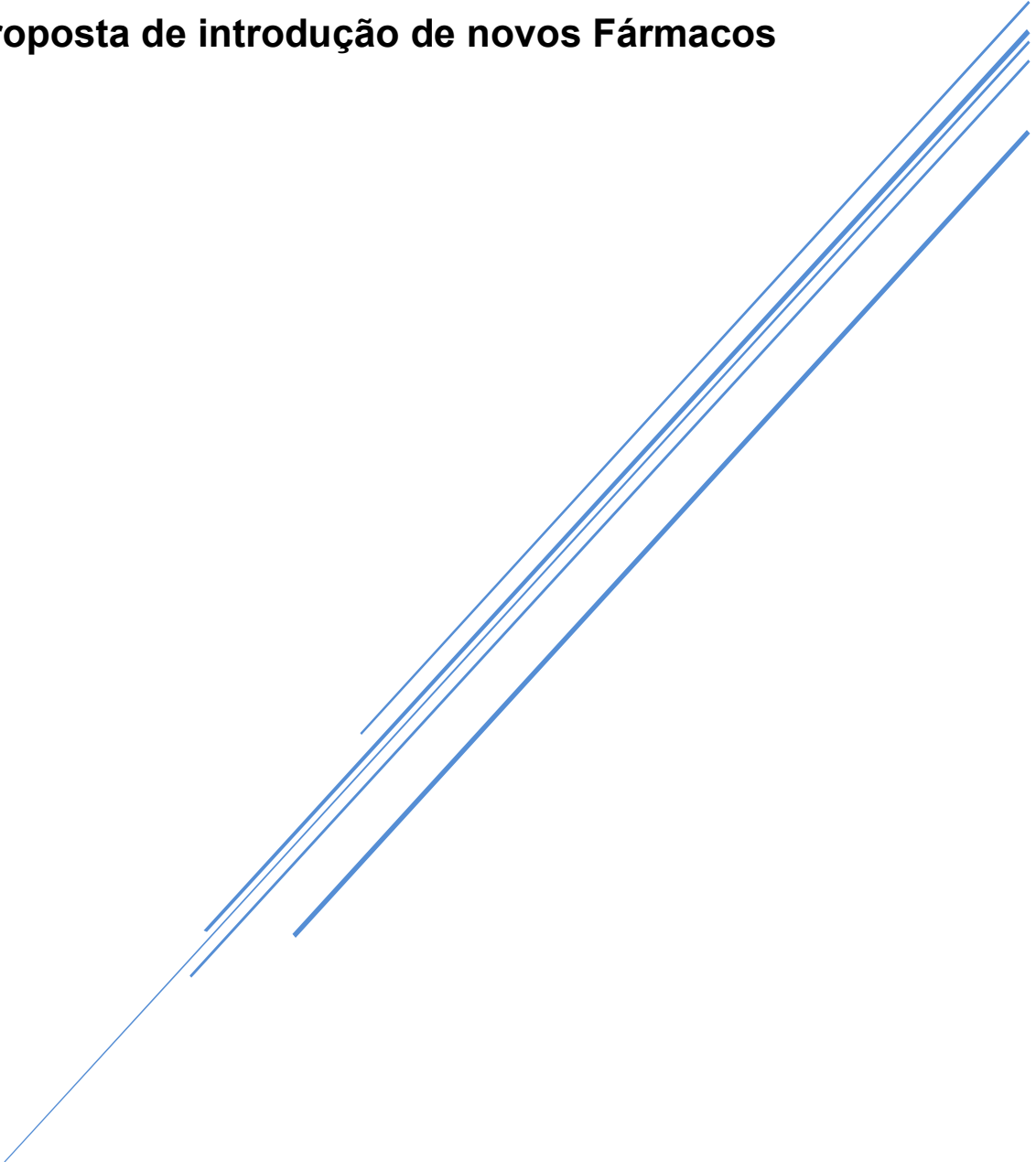
## ANEXOS

ANEXO I – Documento elaborado para Comissão de Farmácia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim /Vila do Conde para introdução e fundamentação do uso de vários fármacos offlabel nos Cuidados Paliativos

# FÁRMACOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

**Utilização de fármacos off-label em Cuidados  
Paliativos**

**Proposta de introdução de novos Fármacos**



***Junho de 2023***

Documento elaborado pela EIHSCP do CHPVVC com  
a colaboração da Dra. Benedita Moura para  
apreciação pela Comissão de Farmácia e Terapêutica.

## Introdução

O Infarmed e a Agência Europeia do Medicamento (EMA) dispõem de comissões especializadas às quais compete, genericamente, emitir pareceres em matérias relacionadas com a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos no âmbito das autorizações de introdução no mercado. As indicações terapêuticas constantes nos Resumos das Características dos Medicamentos (RCM) foram objeto de apreciação e aprovação por parte destas entidades e refletem os dados apresentados aquando do processo de avaliação do medicamento.<sup>1</sup> O uso de medicamentos para indicações não aprovadas ou em dosagens, formas ou vias de administração diferentes das aprovadas são consideradas "off-label".<sup>2</sup>

A utilização de um medicamento fora do âmbito das indicações terapêuticas aprovadas é da inteira responsabilidade do médico prescritor, que entende que um dado medicamento se adequa a uma dada indicação terapêutica, face ao caso particular de um seu doente. É competência das comissões de farmácia e terapêutica e/ou de ética, de cada instituição, pronunciarem-se sobre a correção da terapêutica prescrita aos doentes.<sup>1</sup> Quando o medicamento é utilizado respeitando as indicações, dose, frequência de administração, faixa etária, duração de tratamento e outras características previstas no seu RCM, considera-se que o medicamento está a ser utilizado de acordo com o seu *label*. Quando o medicamento é intencionalmente utilizado em indicações terapêuticas ou formas de utilização e administração diferentes das aprovadas pela entidade reguladora, estamos então perante uma utilização designada como off-label.<sup>3,4</sup>

A prescrição off-label é comum na prática clínica e tem implicações clínicas, éticas e legais a considerar.<sup>5,6</sup> A possibilidade de cometer erros na definição de um tratamento é maior e envolve a assunção direta de responsabilidade pelo médico prescritor, tanto em termos de eficácia como de possíveis efeitos adversos.<sup>10-12</sup> Existem requisitos para um off-label aceitável: um consentimento informado do doente; a decisão deve partir de um médico (e não do governo, autoridades de saúde ou administração hospitalar), com base na sua liberdade de prescrição e de acordo com a *leges artis*<sup>13</sup>; deve ser fundamentada num conjunto de evidências científicas de elevada qualidade.<sup>3,5</sup> O uso off-label só deve acontecer se não existir um medicamento autorizado no mercado nacional ou se o existente não satisfaz as necessidades do doente.<sup>12</sup>

O uso off-label é comum em cuidados paliativos (CP), correspondendo até um terço das prescrições.<sup>6</sup> A necessidade de prescrição off-label em CP relaciona-se com a falta de medicamentos aprovados destinados ao controlo dos sintomas, limitando assim o cuidado "ideal" ao doente.<sup>2,6</sup> A palição não é um mercado atraente para a pesquisa de medicamentos, sendo a maioria dos ensaios clínicos focados no tratamento da doença, em vez de na gestão de sintomas. A dificuldade de conduzir ensaios clínicos de forma ética numa população frágil, com um estado clínico rapidamente flutuante ou deteriorado cria outra barreira à pesquisa, levando a menos avanços científicos.<sup>2,6</sup>

A prescrição off-label é um dos desafios no final da vida em CP. Além das implicações clínicas tem implicações éticas importantes, associadas por exemplo à autonomia e ao consentimento informado.<sup>6</sup> A Direção Geral de Saúde (DGS), possui uma norma que implica a obrigatoriedade de assinatura de um consentimento informado e esclarecido por parte do doente, relativamente ao uso off-label de medicamentos de dispensa hospitalar.<sup>7</sup> Este documento é dispensável em circunstâncias especiais, particularmente se o tratamento não puder ser adiado, se o paciente tiver explicitamente expresso vontade de não ser informado sobre o tratamento e/ou em circunstâncias em que o doente não está capaz de dar o consentimento.<sup>13</sup>

Nem toda a prescrição off label acarreta o mesmo tipo de riscos.<sup>8</sup> Se for um uso off-label reconhecido e com elevada evidência científica (por ex. morfina para dispneia) o benefício clínico é superior aos riscos e nestes casos a obtenção formal do consentimento informado por escrito poderá ser omitida, não obstante informação verbal ao paciente sobre as implicações do tratamento. No caso de não haver evidência robusta que suporte a sua utilização, o uso off-label por rotina não se justifica, mas pode ser apropriado de forma excecional em doentes individuais, se houver uma doença grave subjacente e alguma evidência que suporte o seu potencial benefício face aos riscos e o tratamento convencional tiver sido tentado ou for inapropriado; nestes casos a obtenção do consentimento informado por escrito é fortemente recomendada.<sup>8</sup>

As Equipas de CP devem esforçar-se para fornecer terapêuticas médicas eficazes e baseadas em evidência, apoiadas por pesquisas de alta qualidade. O Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022 define dentro do eixo prioritário de atuação, na qualidade, a regulamentação do uso de fármacos off-label e a disponibilização de formulações alternativas durante o ano de 2022.<sup>9</sup>

A utilização de medicamentos off-label deve prever uma adequada monitorização do doente, com o registo de eventuais efeitos adversos.<sup>10</sup> Os seguintes passos devem ser seguidos, especialmente nos casos em que possa ser usado um medicamento off-label com pouca ou nenhuma evidência científica de base:<sup>4</sup>

1. Identificação dos fármacos/terapias (para uso off)
2. Explorar alternativas
3. Considerar os standards médicos correntes
4. Informação do paciente (obter consentimento informado quando elegível)
5. Tentativa de tratamento plausível cientificamente (após avaliação do risco geral e individual)
6. Comunicação (Fármacia/médico prescritor – circuito do medicamento)
7. Registo (registo completo das prescrições off-label, dos motivos que a fundamentaram e dos respetivos resultados e efeitos adversos).

Este documento tem como objetivo submeter à Comissão de Farmácia e Terapêutica do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim /Vila do Conde uma fundamentação técnica de medicamentos habitualmente utilizados (ou eventualmente necessários) pela Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos em contexto off-label. Pretende-se desta forma agilizar a análise dos pedidos de prescrição no âmbito dos tratamentos farmacológicos off-label, por forma a garantir o cumprimento dos critérios de utilização emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e pelo INFARMED, sem atrasar o tratamento adequado de um sintoma causador de elevado sofrimento.

## **Principais fármacos off-label em Cuidados Paliativos e suas indicações**

O desenvolvimento dos CP enquanto área de cuidados especializados e diferenciados na saúde requer uma prática baseada em evidência e, como tal, investigação rigorosa e de qualidade.<sup>14</sup> A investigação em cuidados paliativos é pautada por desafios e questões diversos, que vão desde a heterogeneidade da população paliativa às questões metodológicas e éticas que a investigação nesta área impõe.<sup>14</sup> Fruto deste esforço em investigação clínica no âmbito dos CP, é crescente o número e a qualidade da evidência científica relativa à utilização de fármacos off-label.

Na tabela 1 apresentamos alguns dos fármacos off-label atualmente consolidados como sendo úteis para controlo de sintomas nos doentes adultos acompanhados em CP. São descritos para cada fármaco o motivo para a sua utilização ser off-label (via de administração ou indicação terapêutica) e as evidências científicas mais atuais conhecidas com a sua utilização.

## **Pedido de introdução de novos fármacos**

Alguns dos fármacos referidos nesta listagem já são usados diariamente pela EIHS CP do CHPVVC. No final deste documento apresenta-se o pedido de introdução de novos fármacos, que pelo seu efeito terapêutico e evidência científica são particularmente úteis, apesar de não estarem ainda disponíveis para prescrição interna no CHPPVVC.

## **Situações Especiais – Feridas em Cuidados Paliativos**

Os doentes em CP apresentam maior risco para o desenvolvimento de feridas, nomeadamente pela vulnerabilidade cutânea em que se encontram.<sup>15,16</sup> São expostos a inúmeros fatores de risco

intrínsecos e extrínsecos que promovem a fragilidade cutânea, como sejam a idade avançada, a imobilidade, a desnutrição, a polimedicação (anticoagulantes, antiagregantes, corticoesteroides), bem como fatores relacionados com a própria doença (como sejam as doenças oncológicas com feridas malignas) ou seus tratamentos (radio e quimioterapia). Assim, são vários os tipos de feridas que podem surgir no decurso de uma doença avançada, sendo as mais comuns as úlceras de pressão, as feridas traumáticas, feridas malignas, as relacionadas com ostomias, com pé diabético, úlceras venosas, entre outras.<sup>15</sup> Estas feridas cursam muitas vezes com vários sintomas incapacitantes e causadores de elevado sofrimento, como a dor, o exsudado, a hemorragia, o prurido, o odor e a infeção.<sup>16</sup> Além do tratamento sistémico destes sintomas, existem opções de tratamento local/tópico off-label que poderão ser úteis na melhoria do controlo sintomático e do conforto destes doentes. Assim, na tabela 2 apresentamos alguns destes fármacos, as suas principais indicações e as evidências científicas que as sustentam.

TABELA 1. Principais Fármacos off-label utilizados em Cuidados Paliativos

| Nome do Fármaco<br>(princípio ativo) | Via de administração      | Indicação terapêutica <i>off-label</i>                                                                                                                               | Referências da literatura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Butilescopolamina                    | Subcutânea/<br>endovenosa | Estertor / Secreções traqueobrônquicas no paciente em Cuidados Paliativos na fase terminal da doença (paciente com expectativa de vida presumível < 2 semanas)       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• van Esch HJ, van Zuylen L, Geijteman ECT, Oomen-de Hoop E, Huisman BAA, Noordzij-Nooteboom HS, Boogaard R, van der Heide A, van der Rijt CCD. Effect of Prophylactic Subcutaneous Scopolamine • Butylbromide on Death Rattle in Patients at the End of Life: The SILENCE Randomized Clinical Trial. JAMA. 2021 Oct 5;326(13):1268-1276. doi: 10.1001/jama.2021.14785. PMID: 34609452; PMCID: PMC8493437.</li> <li>• Wildiers H. et al, Atropine, hyoscine butylbromide, or scopolamine are equally effective for the treatment of death rattle in terminal care. J Pain Symptom Manage 2009.</li> <li>• Mercadante S. et al, Refractory death rattle: deep aspiration facilitates the effects of antisecretory agents. J Pain Symptom Manage 2011.</li> </ul>                                                                                                                                           |
| Butilescopolamina                    | Subcutânea/<br>endovenosa | Oclusão intestinal com o objetivo de diminuir as secreções gastrointestinais, no paciente em Cuidados Paliativos com expectativa de vida curta (presumível <3 meses) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Madariaga, A., Lau, J., Ghoshal, A. et al. MASCC multidisciplinary evidence-based recommendations for the management of malignant bowel obstruction in advanced cancer. Support Care Cancer 30, 4711–4728 (2022). <a href="https://doi.org/10.1007/s00520-022-06889-8">https://doi.org/10.1007/s00520-022-06889-8</a></li> <li>• Obita GP, Boland EG, Cu</li> </ul> <p>rror DC et al (2016) Somatostatin analogues compared with placebo and other pharmacologic agents in the management of symptoms of inoperable malignant bowel obstruction: a systematic review. J Pain Symptom Manage 52:901-919.e1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klein C. et al, <i>Pharmacological treatment of malignant bowel obstruction in severely ill and dying patients: a systematic literature review</i>. Schmerz. 2012</li> </ul>                                                                     |
| Butilescopolamina                    | Subcutânea                | Em combinação com outros fármacos, em perfusão contínua                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barcia E. et al, <i>Compatibility of haloperidol and hyoscine-N-butyl bromide in mixtures for subcutaneous infusion to cancer patients in palliative care</i>. Support Care Cancer 2003.</li> <li>• Barcia E. et al, <i>Stability and compatibility f binary mixtures of morphine hydrochloride with hyoscine N- butyl bromide</i>. Support Care Cancer 2005.</li> <li>• Negro S. et al, <i>Morphine, haloperidol and hyoscine N-butyl bromide combined in sc infusion solutions: compatibility and stability evaluation in terminal oncology patients</i>. Int J Pharm 2006.</li> <li>• Barcia E. et al, <i>Tramadol and hyoscine N-butyl bromide combined in infusion solutions: compatibility and stability</i>. Support Care Cancer 2007.</li> <li>• Negro S. et al, <i>Compatibility and stability of ternary admixtures of tramadol, haloperidol, and hyoscine</i>. J Palliat Med 2010</li> </ul> |
| Ceftriaxona                          | Subcutânea                | Necessidade de antibioterapia em doentes em Cuidados Paliativos com mau acesso                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Claire Roubaud-Baudron, Emmanuel Forestier, Thibaut Fraisse, Jacques Gaillat, Benoit de Wazières, Leonardo Pagani, Isabelle Ingrand, Louis Bernard, Gaëtan Gavazzi, Marc Paccalin, Tolerance of subcutaneously administered antibiotics: a French national prospective study, Age</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|              |                                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              |                                    | venoso ou inexistente ou pacientes tratados no domicílio                              | <p><i>and Ageing</i>, Volume 46, Issue 1, January 2017, Pages 151–155, <a href="https://doi.org/10.1093/ageing/afw143">https://doi.org/10.1093/ageing/afw143</a>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jensen, Jesper Jørgen and Per Sjøgren. “Administration of label and off-label drugs by the subcutaneous route in palliative care: an observational cohort study.” <i>BMJ Supportive &amp; Palliative Care</i> 12 (2020): e723 - e729.</li> <li>• Centeno Cortés C, Galrica Neto I, Vara Hernando F. Estudio prospectivo con ceftriaxona subcutânea en pacientes de cuidados paliativos. <i>Med Clin</i>. 2008;130(11):439.</li> </ul>                                                                                                                                                                                            |
| Dexametasona | Endovenosa/<br>subcutânea          | Oclusão intestinal no paciente em fase terminal da doença                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berger J. et al, <i>Medical Therapy of Malignant Bowel Obstruction with Octreotide, Dexamethasone and Metoclopramide</i>. Am J Hosp Palliat Care. 2016.</li> <li>• Feuer D.J. et al, <i>Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer</i>. Cochrane Database Syst Rev. 2000.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Dexametasona | Endovenosa/<br>subcutânea          | Dispneia no doente em fase avançada da doença                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hui D. et al, <i>Dexamethasone for Dyspnea in Cancer Patients: A Pilot Double-Blind, Randomized, Controlled Trial</i>. Pain Symptom Manage. 2016</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Dexametasona | Endovenosa/<br>subcutânea          | Compressão medular no paciente oncológico em fase terminal                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skeoch G.D. et al, <i>Corticosteroid Treatment for Metastatic Spinal Cord Compression: A Review</i>. Global Spine J. 2017.</li> <li>• Kumar A. et al, <i>Metastatic Spinal Cord Compression and Steroid Treatment: A Systematic Review</i>. Clin Spine Surg. 2017.</li> <li>• Sodji Q. et al, <i>Management of Metastatic Spinal Cord Compression</i>. South Med J. 2017.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Dexametasona | Oral/<br>endovenosa/<br>subcutânea | Terapêutica adjuvante do tratamento antiálgico no paciente em fase avançada da doença | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leppert W. et al, <i>The role of corticosteroids in the treatment of pain in cancer patients</i>. Curr Pain Headache Rep. 2012.</li> <li>• Mercadante S. et al, <i>A prospective randomized study of corticosteroids as adjuvant drugs to opioids in advanced cancer patients</i>. Am J Hosp Palliat Care. 2007.</li> <li>• Mishra S. et al, <i>Management of neuropathic cancer pain following WHO analgesic ladder: a prospective study</i>. Am J Hosp Palliat Care. 2008.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Dexametasona | Oral/<br>endovenosa/<br>subcutânea | Astenia e síndrome anorexia-caquexia no paciente em fase avançada da doença           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yennurajalingam S. et al, <i>Effects of Dexamethasone and Placebo on Symptom Clusters in Advanced Cancer Patients: A Preliminary Report</i>. Oncologist. 2011.</li> <li>• Mücke M. et al, <i>Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care</i>. Cochrane Database Syst Rev. 2015.</li> <li>• Hatano Y. et al, <i>Pharmacovigilance in hospice/palliative care: the net immediate and short-term effects of dexamethasone for anorexia</i>. BMJ Support Palliat Care. 2016</li> <li>• Tanguy-Goarin C. et al, <i>Drugs administration by subcutaneous injection within palliative care</i>. Therapie. 2010.</li> <li>• Walker J. et al, <i>Evidence-based practice guidelines: a survey of subcutaneous dexamethasone administration</i>. Int J Palliat Nurs. 2010.</li> </ul> |
| Furosemida   | Subcutânea                         | Dispneia e/ou edemas na insuficiência cardíaca avançada                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Birch F, Boam E, Parsons S et al. Subcutaneous furosemide in advanced heart failure: service improvement project. <i>BMJ Support Palliat Care</i>. 2021;</li> <li>• Brown A, Westley K, Robson J et al. Furosemide in end-stage heart failure: community subcutaneous infusions. <i>BMJ Support Palliat Care</i>. 2020.</li> <li>• Bayston S, Clark A et al. Guidance for Administration of Continuous Subcutaneous Furosemide in the Community for Adults with End Stage Heart Failure. 2019.</li> <li>• Beattie J, Johnson M. Subcutaneous furosemide in advanced heart failure: has clinical practice run ahead of the evidence base. <i>BMJ Supportive and Palliative Care</i> 2012 2 (1) 5-6.</li> </ul>                                                                                          |

|               |            |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |            |                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zacharias H, Johnson M et al. Is there a role for sub cutaneous furosemide in the community and hospice management of end stage heart failure? Palliative Medicine 2011 25(6) 258-663.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Gabapentina   | Oral       | Dor neuropática                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanderson C, Quinn SJ, Agar M, Chye R, Clark K, Doogue M, Fazekas B, Lee J, Lovell MR, Rowett D, Spruyt O, Currow DC. Pharmacovigilance in hospice/palliative care: net effect of gabapentin for neuropathic pain. BMJ Support Palliat Care. 2015 Sep;5(3):273-80. doi: 10.1136/bmjspcare-2014-000699. Epub 2014 Oct 16. PMID: 25324335; PMCID: PMC4552911.</li> <li>• Caraceni A. et al, Gabapentin for Neuropathic Cancer Pain: A Randomized Controlled Trial From the Gabapentin Cancer Pain Study Group. J Clin Oncol 2004.</li> <li>• Matthew T. et al, Treatment of neuropathic pain. Curr Tret Options Neurol 2015.</li> <li>• Deng Y. et al, Clinical practice guidelines for the management of neuropatic pain: a systematic review. BMC Anesthesiol 2016.</li> <li>• Keskinbora K. et al, Gabapentin and an Opioid Combination Versus Opioid Alone for the Management of Neuropathic Cancer Pain: A Randomized Open Trial. J Pain Symptom Manage 2007</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Haloperidol   | Subcutânea | Agitação psicomotora/delirium em pacientes na fase avançada da doença * | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finucane AM, Jones L, Leurent B, Sampson EL, Stone P, Tookman A, Candy B. Drug therapy for delirium in terminally ill adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 1. Art. No.: CD004770. DOI: 10.1002/14651858.CD004770.pub3.</li> <li>• Caraceni A. et al, Palliating delirium in patients with cancer. Lancet Oncol. 2009</li> <li>• Centeno C. et al, Delirium in advanced cancer patients. Pall. Med. 2004</li> <li>• Hui D. et al, Neuroleptics in the management of delirium in patients with advanced cancer. Current Opinion 2016</li> <li>• Neufeld KJ, Yue J, et al. Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Geriatrics Society 2016; 64:705–714.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Haloperidol   | Subcutânea | Náuseas/vômitos/soluços em pacientes na fase avançada da doença         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Murray-Brown F. et al</u>, <i>Haloperidol for the treatment of nausea and vomiting in palliative care patients (Review)</i>. Cochrane Library 2015.</li> <li>• <u>Vella-Brincat J. et al</u>, <i>Haloperidol in palliative care</i>. Palliative medicine 2004</li> <li>• <u>Critchley P. et al</u>, <i>Efficacy of haloperidol in the treatment of nausea and vomiting in the palliative patient: a systemic review</i>. J Pain Symptom Manage 2001.</li> <li>• Hardy J.R. et al, <i>The efficacy of haloperidol in the management of nausea and vomiting in patients with cancer</i>. J Pain Symptom Manage 2010.</li> <li>• <u>Perkins P. et al</u>, <i>Haloperidol for the treatment of nausea and vomiting in palliative care patients</i>. Cochrane Database Syst Rev. 2009.</li> <li>• <u>Gordon P. et al</u>, <i>Nausea and vomiting in advanced cancer</i>. European Journal of Pharmacology 2014.</li> <li>• <u>Gupta M. et al</u>, <i>Nausea and vomiting in advanced cancer: the Cleveland Clinic protocol</i>. J Support Oncol 2013.</li> <li>• McLean S.L. et al, <i>Using haloperidol as an antiemetic in palliative care: informing practice through evidence from cancer treatment and postoperative contexts</i>. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2013.</li> <li>• Walsh D. et al, <i>2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Management of nausea and vomiting in advanced cancer</i>. Support Care Cancer. 2017</li> </ul> |
| Levetiracetam | Subcutânea | Convulsões epiléticas e estado de mal epilético em pacientes            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papa P, Oricchio F, Ginés M, Maldonado C, Tashjian A, Ibarra M, Percovich M, Fagiolino P, Pedragosa B, Vázquez M. Pharmacokinetics of Subcutaneous Levetiracetam in Palliative Care</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                 |                           |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |                           | em Cuidados Paliativos que não podem tomar medicação por via oral e nos quais os acessos endovenosos não são possíveis ou não são desejáveis | <p>Patients. J Palliat Med. 2021 Feb;24(2):248-251. doi: 10.1089/jpm.2019.0525. Epub 2020 Apr 8. PMID: 32267792.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sutherland AE, Curtin J, Bradley V et al Subcutaneous levetiracetam for the management of seizures at the end of life. BMJ Supportive and Palliative Care 2018; 8: 129-135</li> <li>● Lopez-Saca JM, Vaquero J, Larumbe A, Urdirroz J, Centeno C. Repeated use of subcutaneous levetiracetam in a palliative care patient. J Pain Symptom Manage. 2013;45(5):e7-8.</li> <li>● Remi C, Lorenzl S, Vyhnaek B, Rastorfer K, Feddersen B. Continuous subcutaneous use of levetiracetam: a retrospective review of tolerability and clinical effects. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2014;28(4):371-7.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Levomepromazina | Subcutânea                | Náuseas e vômitos refratários                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Adam J. ABC of Palliative Care The Last 48 Hours. BMJ. 1997;315(7122):1600-1633. [PubMed 9437282].</li> <li>● Eisenclaus JH, Garrigue N, Junin M, et al, "Low-Dose Levomepromazine in Refractory Emesis in Advanced Cancer Patients: An Open-Label Study," Palliat Med, 2005, 19(1):71-5. [PubMed 15690871].</li> <li>● Kennett A, Hardy J, Shah S, A'Hern R. An open study of methotrimeprazine in the management of nausea and vomiting in patients with advanced cancer. Supportive Care in Cancer 2005;13(9):715-21.</li> <li>● Cox L, Darvill E, Dorman S. Levomepromazine for nausea and vomiting in palliative care. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Nov 2;2015(11):CD009420. doi: 10.1002/14651858.CD009420.pub3. PMID: 26524693; PMCID: PMC6481825.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Levomepromazina | Subcutânea                | Agitação/delirium                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dietz et al. Evidence for the use of Levomepromazine for symptom control in the palliative care setting: a systematic review. BMC Palliative Care 2013, 12:2</li> <li>● Cherny N et al. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine 23(7) 581–593.</li> <li>● ESMO Guidelines Committee. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines 2021. <a href="https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225">https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225</a></li> <li>● National Clinical Guideline Centre. Care of dying adults in the last days of life. Clinical guideline NG31 2015.</li> <li>● Review of European Guidelines on Palliative Sedation: A Foundation for the Updating of the European Association for Palliative Care Framework. J Palliat Med 2022;25 (11).</li> <li>● Wells J et al (2019) Oxford handbook of palliative care (3rd edn). Section 30: the terminal phase (pp 811–813). Oxford university press.</li> </ul> |
| Metoclopramida  | Endovenosa/<br>subcutânea | Náuseas e vômitos, oclusão intestinal incompleta, anorexia por gastroparesia                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Davis M.P. et al, Palliative Medicine Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. A systematic review of the treatment of nausea and/or vomiting in cancer unrelated to chemotherapy or radiation. J Pain Symptom Manage. 2010.</li> <li>● Walsh D. et al, 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Management of nausea and vomiting in advanced cancer. Support Care Cancer. 2017.</li> <li>● Jensen, Jesper Jørgen and Per Sjøgren. "Administration of label and off-label drugs by the subcutaneous route in palliative care: an observational cohort study." <i>BMJ Supportive &amp; Palliative Care</i> 12 (2020): e723 - e729.</li> <li>● van der Meer Y.G. et al, Should we stop prescribing metoclopramide as a prokinetic drug in critically ill patients? Critical Care 2014.</li> <li>● Gupta M. et al, Nausea and Vomiting in Advanced Cancer- "The Cleveland Clinic Protocol". Journal Supportive Oncology, 2013.</li> </ul>                                                                                      |

|                       |                                    |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |                                    |                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Collis E. et al, Nausea and vomiting in palliative care. BMJ 2015</li> <li>● Berger J. et al, Medical Therapy of Malignant Bowel Obstruction With Octreotide, Dexamethasone, and Metoclopramide. Am J Hosp Palliat Care. 2016.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Metoclopramida</b> | Endovenosa/<br>subcutânea          | Soluções no paciente em Cuidados Paliativos com expectativa de vida curta | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Jeon YS, Kearney AM, Baker PG. Management of hiccups in palliative care patients. BMJ Support Palliat Care. 2018 Mar;8(1):1-6. doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001264. Epub 2017 Jul 13. PMID: 28705925.</li> <li>● Moretto E.N. et al, Interventions for treating persistent and intractable hiccups in adults (review). The Cochrane Library 2013.</li> <li>● Wang T. et al, Metoclopramide for patients with intractable hiccups: a multicentre, randomised, controlled pilot study. Intern Med J. 2014</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Midazolam</b>      | Endovenosa/<br>subcutânea/<br>oral | Agitação psicomotora/delirium em pacientes em fase terminal               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Franken L.G. et al, Population pharmacodynamic modelling of midazolam induced sedation in terminally ill adult patients. Br J Clin Pharmacol. 2017.</li> <li>● Franken L.G. et al, Pharmacokinetic considerations and recommendations in palliative care, with focus on morphine, midazolam and haloperidol. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2016.</li> <li>● Bobb B., A Review of Palliative Sedation. Nurs Clin North Am. 2016.</li> <li>● Lindqvist O. et al, Four essential drugs needed for quality care of the dying: a Delphi-study based international expert consensus opinion. J Palliat Med. 2013.</li> <li>● Lawlor P.G. et al, Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management. Nat Rev Clin Oncol. 2015.</li> <li>● Chakraborti D. et al, Melatonin and melatonin agonist for delirium in the elderly patients. Am J Alzheimers Dis Other Dement. 2015.</li> <li>● Gonçalves F. et al, A Protocol for the Control of Agitation in Palliative Care. American Journal of Hospice &amp; Palliative Medicine® 2016</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Midazolam</b>      | Endovenosa/<br>subcutânea/<br>oral | Convulsões em pacientes em fase terminal                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Leon Ruiz M. et al, Guidelines for seizure management in palliative care: Proposal for an updated clinical practice model based on a systematic literature review. Neurologia. 2017</li> <li>● Harris N. et al, Seizure management in children requiring palliative care: a review of current practice. BMJ Support Palliat Care. 2017</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Midazolam</b>      | Subcutânea                         | Sedação no paciente em fase avançada da doença mas não em fase terminal   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Schildmann E.K. et al, Medication and monitoring in palliative sedation therapy: a systematic review and quality assessment of published guidelines. Pain Symptom Manage. 2015.</li> <li>● De Graeff A. et al, Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. J Palliat Med. 2007.</li> <li>● Simon S.T. et al, Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2016.</li> <li>● Morita T. et al, Ethical validity of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. Palliative Medicine, Rehabilitation, and Psycho-Oncology Study Group. J Pain Symptom Manage. 2005.</li> <li>● Bartz L. et al, Subcutaneous administration of drugs in palliative care: results of a systematic observational study. J Pain Symptom Manage. 2014.</li> <li>● Bleasel M.D. et al, Plasma concentrations of midazolam during continuous subcutaneous administration in palliative care. Palliat Med. 1994.</li> <li>● Levy M.H. et al, Sedation for the relief of refractory symptoms in the imminently dying: a fine intentional line. Semin Oncol. 2005.</li> <li>● Pecking M. et al, Absolute bioavailability of midazolam after subcutaneous administration to healthy volunteers. Br J Clin Pharmacol. 2002</li> </ul> |

|                                           |                                             |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Midazolam</b>                          | Endovenosa/<br>intramuscular/<br>subcutânea | Sedação paliativa                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mercadante S. et al, Attitudes of palliative home care physicians towards palliative sedation at home in Italy. Support Care Cancer. 2017.</li> <li>● Calvo-Espinos C. et al, Palliative sedation for cancer patients included in a home care program: a retrospective study. Palliat Support Care. 2015.</li> <li>● Daniel S. et al, Improving the accuracy and turn- around time of controlled drug prescribing for patients being discharged home for end-of-life care. BMJ Qual Improv Rep. 2014.</li> <li>● Mercadante S. al, Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a prospective study. J Pain Symptom Manage. 2014.</li> <li>● Alonso-Babarro A. et al, At-home palliative sedation for end-of-life cancer patients. Palliat Med 2010</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Morfina sulfato/Morfina cloridrato</b> | Oral/<br>Endovenosa/<br>subcutanea          | Dispneia que não responde a tratamento da patologia de base no paciente em fase avançada da doença | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ben-Aharon I., Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: A systematic review and meta-analysis. Acta Oncol 2012.</li> <li>● Gomutbutra P. et al, Management of Moderate-to-Severe Dyspnea in Hospitalized Patients Receiving Palliative Care. J Pain Symptom Manage 2013</li> <li>● Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R. Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 31;3(3):CD011008. doi: 10.1002/14651858.CD011008.pub2. PMID: 27030166; PMCID: PMC6485401.</li> <li>● Strieder M. et al, Symptomatic treatment of dyspnea in advanced cancer patients : A narrative review of the current literature. Wien Med Wochenschr. 2017</li> <li>● Kloke M. &amp; Cherny N., on behalf of the ESMO Guidelines Committee: Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology 2015.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Octreotido</b>                         | Subcutanea/<br>endovenosa                   | Vômito no paciente em fase avançada da doença                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gordon P. et al, Nausea and vomiting in advanced cancer. Eur J Pharmacol 2014.</li> <li>● Gupta M. et al, Nausea and vomiting in advanced cancer: the Cleveland Clinic protocol. J Support Oncol 2013.</li> <li>● Ang S.K. et al, Nausea and vomiting in advanced cancer. Am J Hosp Palliat Care 2010.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Octreotido</b>                         | Subcutanea/<br>endovenosa                   | Oclusão intestinal sintomática na fase avançada da doença.                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mercadante S. et al, Medical Treatment for Inoperable Malignant Bowel Obstruction: A Qualitative Systematic Review. J Pain Symptom Manage 2007.</li> <li>● Mercadante S. et al, Octreotide for malignant bowel obstruction: Twenty years after. Crit Rev Oncol Hematol 2012.</li> <li>● Ripamonti C.I. et al, Management of malignant bowel obstruction. Eur J Cancer 2008.</li> <li>● Gordon P. et al, Nausea and vomiting in advanced cancer. Eur J Pharmacol 2014.</li> <li>● Gupta M. et al, Nausea and vomiting in advanced cancer: the Cleveland Clinic protocol. J Support Oncol 2013.</li> <li>● Watari H. et al, A prospective study on the efficacy of octreotide in the management of malignant bowel obstruction in gynecologic cancer. Int J Gynecol Cancer. 2012.</li> <li>● Berger J. et al, Medical Therapy of Malignant Bowel Obstruction With Octreotide, Dexamethasone, and Metoclopramide. Am J Hosp Palliat Care. 2016.</li> <li>● Faisinger R.L. et al, Symptom control in terminally ill patients with malignant bowel obstruction (MBO). J pain Symptom Manage 1994.</li> <li>● Krouse R.S., The international conference on malignant bowel obstruction: a meeting of the minds to advance palliative care research. J Pain Symptom Manage 2007</li> </ul> |
| <b>Diclofenac</b>                         | Subcutâneo                                  | Dor moderada a forte                                                                               | Dietrich T et al. Efficacy and Safety of Low Dose Subcutaneous Diclofenac in the Management of Acute Pain: A Randomized Double-Blind Trial. Pain Practice, Volume 14, Issue 4, 2014 315–323                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                             |                       |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             |                       |                      | Lacquaniti G et al. Efficacy, safety and tolerance of subcutaneous injection of high dosages of diclofenac in patients with neuropathic non-cancer pain and neuropathic cancer pain: Data from a clinical setting <i>European Journal of Inflammation</i> 2015, Vol. 13(1) 32–39.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Atropina – gotas oftálmicas | Tópica na mucosa oral | Sialorreia           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De Simone GG, Eisenclas JH, Junin M, <i>et al.</i> Atropine drops for drooling: a randomized controlled trial. <i>Palliat Med</i> 2006; 20: 665-71.</li> <li>• Hyson HC, Johnson AM, Jog MS. Sublingual atropine for sialorrhea secondary to parkinsonism: a pilot study. <i>Mov Disord</i> 2002;17:1318-20</li> <li>• Thomas B, Cole R. Palliative Care Service Illawarra Shoalhaven Local Health District. Symptom Control in Palliative Care 6th Edition (2022). P 48.</li> </ul>                                                                                                                                |
| Amitriptilina               | Oral                  | Sialorreia           | <p>McGeachan, A.J. and Mcdermott, C.J. <a href="https://orcid.org/0000-0002-1269-9053">orcid.org/0000-0002-1269-9053</a> (2017). Management of oral secretions in neurological disease. <i>Practical Neurology</i>, 17 (2). pp.96-103. ISSN 1474-7758</p> <p>Rezapour et al. Comparing the Impact of Atropine Drops and Amitriptyline Tablets in Treatment of Clozapine-induced Sialorrhea: A Randomized Double-Blind Placebo Controlled Clinical Trial. <i>Acta Medica Iranica</i>, Vol. 56, No. 12 (2018)</p> <p>Kulkarni R. Low-dose amisulpride for clozapine-induced sialorrhea. <i>Indian Journal of Psychological Medicine</i> Vol 37 n° 4 (2015)</p> |
| Cetorolac                   | Subcutâneo            | Dor moderada a forte | <p>Vacha M et al. The role of subcutaneous ketorolac for pain management. <i>Hosp Pharm</i> 2015 Feb; 50(2):108-112.</p> <p>Blackwell N, Bangham L, Hughes M, Melzack D, Trotman I. Subcutaneous ketorolac--a new development in pain control. <i>Palliat Med.</i> 1993;7(1):63-5. doi: 10.1177/026921639300700110. PMID: 8287202</p> <p>Myers KG, Trotman IF. Use of ketorolac by continuous subcutaneous infusion for the control of cancer-related pain. <i>Postgrad Med J.</i> 1994;70:359–362</p>                                                                                                                                                       |

\* Relativamente ao uso de haloperidol no delirium terminal a evidência mais atual é controversa com alguns artigos mostrar aumento dos efeitos adversos nos doentes com delirium moderado a severo (evidência de modeada qualidade).

Adaptado e atualizado de: *Agenzia Italiana del Farmaco e Società Italiana di Cure Palliative (SICP). Farmaci off-label in cure palliative (cp) per la popolazione adulta 2018.*  
Disponível em <https://www.aifa.gov.it/documenti-condivisi-con-societ%C3%A0-scientifiche>

TABELA 2. Fármacos usados no tratamento tópico de feridas em Cuidados Paliativos

| Nome (princípio ativo) | Via de administração                                                       | Indicação terapêutica off-label                                                                                            | Referências da literatura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sucralfato             | Tópica (suspensão – saquetas 1G)                                           | Feridas malignas hemorrágicas com grandes áreas                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masuelli L, Tumino G, Turriziani M, Modesti A and Bei R. Topical use of sucralfate in epithelial wound healing: clinical evidences and molecular mechanisms of action. Recent Patents on Inflammation &amp; Allergy Drug Discovery 2010; 4(1): 25-36.</li> <li>• C. Regnard, W. Makin. Management of bleeding in advanced cancer - a flow diagram. Palliat. Med., 6 (1) (1992), pp. 74-78.</li> <li>• Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Alves, P. (DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA. Associação Portuguesa de Tratamento. de Feridas 2021. ISBN: 978-989-53418-1-8.</li> </ul>                                                                                                                                                             |
| Adrenalina             | Tópica em pontos hemorrágicos (ampolas 1:1000)                             | Feridas malignas Controlo da hemorragia superficial das arteríolas e capilares da pele, membranas mucosas e outros tecidos | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Yorkshire Palliative Medicine Clinical Guidelines Group. Guidelines on the management of bleeding for palliative care patients with cancer - January 2009.</li> <li>•Twycross R, Wilcock A and Toller CS. Symptom Management in Advanced Cancer. 4th Edition 2009. Pg 236.</li> <li>•Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Oxford Handbook of Palliative Care. 2nd Edt. Oxford. 2010. Pg 57.</li> <li>• Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Alves, P. (DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA. Associação Portuguesa de Tratamento. de Feridas 2021. ISBN: 978-989-53418-1-8.</li> </ul>                                                                                                                                                               |
| Ácido aminocaproico    | Tópica em Pó ou ampolas – 3G ou 10 ml embebidos em compressas hemostáticas | Feridas malignas hemorrágicas                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Naylor W. Palliative management of fungating wounds. European Journal of Palliative care 2003;10(3): 93-97</li> <li>• Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Alves, P. (DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA. Associação Portuguesa de Tratamento. de Feridas 2021. ISBN: 978-989-53418-1-8.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Acido tranexâmico      | Tópica(ampolas) 5 a 10 ml embebidos em compressas hemostáticas             | Feridas malignas hemorrágicas                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Y. Wong, J.A. Low, M.T.-W. Chio. Role of topical tranexamic acid in hemostasis of locally advanced basal cell carcinoma. JAAD Case Rep., 2 (2) (2016), pp. 162-163, 10.1016/j.jdc.2016.03.001.</li> <li>• Topical Tranexamic Acid – what Do You Do ? pp. 1–2. Available from: palliativedrugs.com</li> <li>• European Oncology Nursing Society. Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds 2005.</li> <li>• Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Alves, P. (DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA. Associação Portuguesa de Tratamento. de Feridas 2021. ISBN: 978-989-53418-1-8.</li> </ul>                                                                                                                         |
| Metronidazol           | Tópica, gel                                                                | Feridas com mau odor                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adderley UJ and Holt IGS. Topical agents and dressings for fungating wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 5.</li> <li>• Watanabe K., Shimo A., Tsugawa K., et. al.: Safe and effective deodorization of malodorous fungating tumors using topical metronidazole 0.75 % gel (GK567): a multicenter, open-label, phase III study (RDT.07.SRE.27013). Support Care Cancer 2016; 24: pp. 2583-2590.</li> <li>• Akhmetova A., Saliev T., Allan I.U., et. al.: A comprehensive review of topical odor-controlling treatment options for chronic wounds. J WoundOstomyContinence Nurs 2016; 43: pp. 598-609.</li> <li>• Lyvers E., Elliott D.P.: Topical metronidazole for odor control in pressure ulcers. Consult Pharm 2015; 30: pp. 523-526.</li> </ul> |

|                                            |                                                                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                            |                                                                        |                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Twycross R, Wilcock A, Stark Toller C. Symptom Management in Advanced Cancer 4th Edition. Palliativedrugs.com. 2009. Page 345.</li> <li>• Paul JC and Pieper BA. Topical metronidazole for the treatment of wound odor: a review of the literature. Ostomy Wound Manage. 2008 Mar; 54(3):18-27.</li> <li>• Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Alves, P. (DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA. Associação Portuguesa de Tratamento. de Feridas 2021. ISBN: 978-989-53418-1-8.</li> <li>• Vicente, H.; Rocha, A.; Ramos, P.; Matos, M.; Gomes, S.; Carvalhal, S. FERIDAS NA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 2023. ISBN 978-989-53418-4-9</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Morfina<br/>(cloridrato de morfina)</b> | Tópica em hidrogel<br>(ampolas 10 mg<br>diluído em 8cc de<br>hidrogel) | Feridas dolorosas | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farley P. Should topical opioid analgesics be regarded as effective and safe when applied to chronic cutaneous lesions? Journal of Pharmacy and Pharmacology 2011; 63 (6): 747-56</li> <li>• Bastami S, Frödin T, Ahlner J and Uppugunduri S. Topical morphine gel in the treatment of painful leg ulcers, a double-blind, placebo-controlled clinical trial: a pilot study. Internaitonal Wound Journal 2011 DOI: 10.1111/j.1742- 481X.2011.00901.x.</li> <li>• Jansen MM, van der Horst JC, van der Valk PG, Kuks PF, Zylicz Z and van Sorge AA. Pain-relieving properties of topically applied morphine on arterial leg ulcers: a pilot study. Journal of Wound Care. 2009; 18 (7): 306-11.</li> <li>• Ribeiro M.D.C., Joel S.P., Zeppetella G.: The bioavailability of morphine applied topically to cutaneous ulcers. J PainSymptomManage 2004; 27: pp. 434-439.</li> <li>• Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Alves, P. (DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA. Associação Portuguesa de Tratamento. de Feridas 2021. ISBN: 978-989-53418-1-8.</li> <li>• Vicente, H.; Rocha, A.; Ramos, P.; Matos, M.; Gomes, S.; Carvalhal, S. FERIDAS NA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 2023. ISBN 978-989-53418-4-9.</li> </ul> |

## Referências Bibliográficas

1. Informed. Circular Informativa N.º 184/CD Data: 12/11/2010. Assunto: Utilização de medicamentos off-label.
2. Kwon JH, Kim MJ, Bruera S, Park M, Bruera E, Hui D. Off-Label Medication Use in the Inpatient Palliative Care Unit. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Jul;54(1):46-54. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.014. Epub 2017 May 4. PMID: 28479415; PMCID: PMC5841461.
3. Ghinea N, Kerridge I, Little M, Lipworth W. Challenges to the validity of using medicine labels to categorize clinical behavior: An empirical and normative critique of "off-label" prescribing. *J Eval Clin Pract*. 2017 Jun;23(3):574-581. doi: 10.1111/jep.12673. Epub 2016 Nov 14. PMID: 27859988.
6. Hagemann V, Bausewein C, Remi C. Drug use beyond the licence in palliative care: A systematic review and narrative synthesis. *Palliat Med*. 2019;33:650-62. doi: 10.1177/0269216319840602
4. Off-label-use em medicina paliativa. Constanze Rémi, Claudia Bausewein. Off-Label-Use Department of Palliative Medicine, LMU Hospital Munich, Alemanha Em cooperação com a Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin DGP e. V. (Associação Alemã de Medicina Paliativa) 1ª Edição
5. Prescrição Off-Label em Cuidados Paliativos. Tatiana Peralta, Paulo Reis-Pina, Isabel Vitória Figueiredo, Marília Dourado.
7. Direção Geral da Saúde. Norma nº 015/2013.: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. DGS 2015.
8. Gazarian M, Kelly M, McPhee JR, Graudins LV, Ward RL, Campbell TJ. Off-label use of medicines: consensus recommendations for evaluating appropriateness. *Med J Aust*. 2006 Nov 20;185(10):544-8. doi: 10.5694/j.1326-5377.2006.tb00689.x. PMID: 17115966.
9. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biénio 2021-2022 [Internet]. [consultado 2022 dezembro 4]. Disponível em: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021\\_2022.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf)
10. Escoval A et al. Prescrição de medicamentos off-label. *Rev Port Farmacoter* 2011; 3:169-171.
11. Agenzia Italiana del Farmaco e Società Italiana di Cure Palliative (SICP). Farmaci off-label in cure palliative (cp) per la popolazione adulta. Disponível em <https://www.aifa.gov.it/documenti-condivisi-con-societ%C3%A0-scientifiche>
12. Bennett M, Simpson K. The use of drugs beyond licence in palliative care and pain management. *Palliative Medicine* 2002;16:367-368.
13. Código Deontológico da Ordem dos Médicos: Diário da República, 2.ª série — N.º 139 — 21 de julho de 2016.
14. Pereira SM, Hernández-Marrero P. Investigação em Cuidados Paliativos em Portugal: Rasgar caminhos, perspetivar futuros. *Cuidados Paliativos*. VOL 07; NÚMERO 01 ; OUTUBRO 2020.
15. Vicente, H.; Rocha, A.; Ramos, P.; Matos, M.; Gomes, S.; Carvalho, S. FERIDAS NA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA. Associação Portuguesa. de Tratamento de Feridas 2023. ISBN 978-989-53418-4-9-
16. Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalho, S.; Ramos, P.; Alves, P. (DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 2021. ISBN: 978-989-53418-1-8.

## **PROPOSTAS DE INTRODUÇÃO DE NOVOS FÁRMACOS**

**1. Sulfato de Morfina**

**2. Levomepromazina**

**3. Buprenorfina**

**4. Amitriptilina**

Em anexo são enviados os artigos que constam nas referências bibliográficas destas propostas para consulta.



## Pedido de introdução de um medicamento na Adenda Hospitalar do FHNM

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                          |                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Substância(s) activa(s)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sulfato de morfina                                                                                                                                       |                                                            |
| Nome do medicamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ----                                                                                                                                                     |                                                            |
| Dosagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 20 mg/ml                                                                                                                                                 |                                                            |
| Forma farmacêutica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Gotas                                                                                                                                                    |                                                            |
| Via de administração                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Oral                                                                                                                                                     |                                                            |
| Apresentação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Solução oral                                                                                                                                             |                                                            |
| Indicações terapêuticas propostas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Dor moderada a forte;<br>Dispneia (situações de doença respiratória avançada, insuficiência cardíaca avançada e outras situações de cuidados paliativos) |                                                            |
| As indicações constam do resumo das características do medicamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sim <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                  | Obs: o tratamento da dor sim, o tratamento da dispneia não |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Não <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                         |                                                            |
| Critérios de prescrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Uso geral                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Uso conforme protocolo (anexar protocolo)                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Uso mediante justificação clínica                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                   |
| Posologia e duração do tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Dose inicial: 2.5-5mg de 4/4h oral (4 gotas = 5mg)<br>Em esquema fixo e em sos                                                                           |                                                            |
| Custo unitário por dose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ----                                                                                                                                                     |                                                            |
| Previsão nº de trat./ano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ----                                                                                                                                                     |                                                            |
| Terapêutica actual com a mesma indicação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Morfina                                                                                                                                                  |                                                            |
| <b>Justificação para a introdução (mais-valia terapêutica relativamente aos fármacos existentes)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                          |                                                            |
| <p>A administração da morfina em gotas tem grande utilidade nos doentes com dificuldade de deglutição nos quais ainda é mantida a via oral (1). Ao mesmo tempo trata-se de um fármaco com início de ação rápido (30 minutos) em comparação com a morfina oral. (2)</p> <p>A dispneia em doentes com insuficiência cardíaca avançada e progressiva apresentam também um grande alívio com o sulfato de morfina em gotas. (4) O mesmo acontece no tratamento da dispneia associada a Doença pulmonar obstrutiva crónica avançada. (5)</p>                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |                                                            |
| <b>Referências bibliográficas sobre a evidência científica que suporta a introdução</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |                                                            |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Wright D, Tomlin S. How to help if a patient can't swallow. Pharm J.2011; 286 (March) 271- 4.</li><li>2. Gatti A, Reale C, Occhioni R, Luzi M, Canneti A, De Polo C, et al. Standard therapy with opioids in chronic pain management: ORTIBER study. Clin Drug Investig 2009; 29 Suppl 1:17-23.</li><li>3. Argoff CE, Silvershein DI. A comparison of long- and short-acting opioids for the treatment of chronic noncancer pain: tailoring therapy to meet patient needs. Mayo Clin Proc. 2009; 84:602-12.</li><li>4. Johnson MJ, McDonagh TA, Harkness A, McKay SE, Dargie HJ. Morphine for the relief of</li></ol> |                                                                                                                                                          |                                                            |

breathlessness in patients with chronic heart failure- a pilot study. Eur J Heart Fail. 2002 Dec;4(6):753-6. DOI 10.1016/s1388-9842(02)00158-7

5. Abdallah SJ, Wilkinson-Maitland C, Saad N, et al. Effect of morphine on breathlessness and exercise endurance in advanced COPD: a randomised crossover trial. Eur Respir J 2017; 50: 1701235 [<https://doi.org/10.1183/13993003.01235-2017>].
6. Aabom, B., Laier, G., Christensen, P.L. et al. Oral morphine drops for prompt relief of breathlessness in patients with advanced cancer—a randomized, double blinded, crossover trial of morphine sulfate oral drops vs. morphine hydrochloride drops with ethanol (red morphine drops). Support Care Cancer 28, 3421–3428 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05116-1>
7. Jennings A, Davies AN, Higgins JPT, et al. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. Thorax 2002;57:939-944.

**Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos**

**O Director** \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica

|                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fundamentação do parecer                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                   |
| Proposta de alguma exclusão a fazer à adenda hospitalar do formulário hospitalar nacional de medicamentos, como consequência da introdução deste novo medicamento |
|                                                                                                                                                                   |
| Referência bibliográficas                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                   |

## A Comissão de Farmácia e Terapêutica

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Pedido de introdução de um medicamento na Adenda Hospitalar do FHNM**

|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Substância(s) activa(s)</b>                                            | Levomepromazina                                                                                                                                                                                                    |                                     |
| <b>Nome do medicamento</b>                                                |                                                                                                                                                                                                                    |                                     |
| <b>Dosagem</b>                                                            | Per os / SC / EV / IM: 12,5 a 25 mg de 4/4h, de 8/8h ou de 12/12h.<br>75 a 100mg por dia.<br>SC/EV (se oclusão):<br>50 a 150 mg de 24/24h ou em doses fracionadas a cada 8h.                                       |                                     |
| <b>Forma farmacêutica</b>                                                 | Solução injetável<br>Gotas<br>Comprimidos                                                                                                                                                                          |                                     |
| <b>Via de administração</b>                                               | Oral ou subcutânea ou endovenosa                                                                                                                                                                                   |                                     |
| <b>Apresentação</b>                                                       | Comprimidos de 25 mg<br>Comprimidos de 100mg<br>Solução oral 40 mg/ml<br>Solução injetável – ampolas de 25 mg/ml                                                                                                   |                                     |
| <b>Indicações terapêuticas propostas</b>                                  | Em cuidados paliativos, para tratar náuseas ou vômitos refratários aos tratamentos de primeira linha, agitação, delírio/confusão ou oclusão intestinal, sobretudo nos últimos dias de vida para sedação paliativa. |                                     |
| <b>As indicações constam do resumo das características do medicamento</b> | <b>Sim</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                | Obs:                                |
|                                                                           | <b>Não</b> <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     |                                     |
| <b>Critérios de prescrição</b>                                            | <b>Uso geral</b>                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                           | <b>Uso conforme protocolo (anexar protocolo)</b>                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                           | <b>Uso mediante justificação clínica</b>                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            |
| <b>Posologia e duração do tratamento</b>                                  | Dose inicial: 12.5–25 mg e 50–75 mg em perfusão contínua.<br>Dose efetiva usual: 12.5 or 25 mg q8h e q1h prn para agitação ou ate 300 mg/dia em perfusão contínua.                                                 |                                     |
| <b>Custo unitário por dose</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                    |                                     |
| <b>Previsão nº de trat./ano</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                     |
| <b>Terapêutica actual com a mesma indicação</b>                           | Metoclopramida, haloperidol                                                                                                                                                                                        |                                     |

**Justificação para a introdução (mais-valia terapêutica relativamente aos fármacos existentes)**

A levomepromazina é uma fenotiazina amplamente utilizada em cuidados paliativos para tratar náuseas ou vômitos intratáveis e para delirium/agitação grave nos últimos dias de vida.

Embora não haja evidências de pesquisas sobre a eficácia da levomepromazina na sedação paliativa ou náuseas e vômitos no ambiente de cuidados paliativos, o seu efeito é apoiado por mecanismos farmacológicos plausíveis.

A levomepromazina deve ser usada como tratamento alternativo após ineficácia dos fármacos de primeira e segunda escolha.

Tem a vantagem de ter um início de ação rápido, um efeito antipsicótico no caso do delirium, algum

efeito analgésico, pode ser administrada por via oral ou parentérica (ev, sc ou im)

**Referências bibliográficas sobre a evidência científica que suporta a introdução**

1. Scottish Palliative Care Guidelines – Levomepromazine. 2016
2. Eisenchlas JH, Garrigue N, Junin M, De Simone GG: Low-dose levomepromazine in refractory emesis in advanced cancer patients: an open-label study. Palliat Med. 2005, 19 (1): 71-75. 10.1191/0269216305pm972oa.
3. Dietz et al. Evidence for the use of Levomepromazine for symptom control in the palliative care setting: a systematic review. BMC Palliative Care 2013, 12:2
4. Cherny N et al. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine 23(7) 581–593.
5. ESMO Guidelines Committee. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines 2021. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225>
6. National Clinical Guideline Centre. Care of dying adults in the last days of life. Clinical guideline NG31 2015.
7. Review of European Guidelines on Palliative Sedation: A Foundation for the Updating of the European Association for Palliative Care Framework. J Palliat Med 2022;25 (11).
8. Wells J et al (2019) Oxford handbook of palliative care (3rd edn). Section 30: the terminal phase (pp 811–813). Oxford university press.

Serviço de \_\_\_\_\_

O Director \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica

|                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fundamentação do parecer                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                   |
| Proposta de alguma exclusão a fazer à adenda hospitalar do formulário hospitalar nacional de medicamentos, como consequência da introdução deste novo medicamento |
|                                                                                                                                                                   |
| Referência bibliográficas                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                   |

## A Comissão de Farmácia e Terapêutica

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Pedido de introdução de um medicamento na Adenda Hospitalar do FHNM**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                  |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Substância(s) activa(s)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Buprenorfina                                     |                                     |
| <b>Nome do medicamento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ----                                             |                                     |
| <b>Dosagem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 35µg/h, 52,5µg/h e 70µg/h                        |                                     |
| <b>Forma farmacêutica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sistema transdérmico ou adesivo transdérmico     |                                     |
| <b>Via de administração</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Transdérmica                                     |                                     |
| <b>Apresentação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Saquetas com sistemas/adesivos                   |                                     |
| <b>Indicações terapêuticas propostas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Dor moderada a forte                             |                                     |
| <b>As indicações constam do resumo das características do medicamento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Sim</b> <input checked="" type="checkbox"/>   | Obs:                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Não</b> <input type="checkbox"/>              |                                     |
| <b>Critérios de prescrição</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Uso geral</b>                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Uso conforme protocolo (anexar protocolo)</b> | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Uso mediante justificação clínica</b>         | <input type="checkbox"/>            |
| <b>Posologia e duração do tratamento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sistema ou adesivo a cada 72 horas               |                                     |
| <b>Custo unitário por dose</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ----                                             |                                     |
| <b>Previsão nº de trat./ano</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ----                                             |                                     |
| <b>Terapêutica actual com a mesma indicação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fentalino transdérmico                           |                                     |
| <b>Justificação para a introdução (mais valia terapêutica relativamente aos fármacos existentes)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                  |                                     |
| <p>A buprenorfina transdérmica tem a vantagem de possuir um bom perfil de segurança e eficácia nos idosos. (1)</p> <p>A sua eliminação não é afetada pela disfunção renal, pelo que podem ser administradas doses normais nos doentes com disfunção renal, nomeadamente, nos que fazem hemodiálise. (2) Uma das razões para poder ser usada com segurança nos idosos, nos quais a disfunção renal é comum.</p> <p>Apresenta também taxas de obstipação mais baixas que o fentanilo. (3)</p> <p>A buprenorfina apresenta um efeito de teto na depressão respiratória mas não na ação analgésica (4)</p> <p>A buprenorfina é um opioide agonista parcial que pode tratar a dor e o transtorno do uso de opioides e tem outras propriedades que podem ser úteis, incluindo menos depressão respiratória (4) e risco de overdose do que outros opioides.</p> |                                                  |                                     |
| <b>Referências bibliográficas sobre a evidência científica que suporta a introdução</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                  |                                     |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Davis MP. Twelve reasons for considering buprenorphine as a frontline analgesic in the management of pain. J Support Oncol 2012 Nov-Dec; 10(6):209-19.</li><li>2. Pergolizzi J, Böger RH, Budd K, Dahan A, Erdine S, Hans G, Kress HG, Langford R, Likar R, Raffa RB, Sacerdote P. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). Pain</li></ol>                                                                                                                                                                                                                  |                                                  |                                     |

Pract. 2008 Jul-Aug;8(4):287-313. doi: 10.1111/j.1533-2500.2008.00204.x. Epub 2008 May 23. PMID: 18503626.

3. Kress HG. Clinical update on the pharmacology, efficacy and safety of transdermal buprenorphine. Eur J Pain 2009;13:219-230.
4. Lissner SM, et al. Opioid-induced Constipation and Bowel Dysfunction: A Clinical Guideline. Pain Medicine 2017; 18:1837-1863.
5. Dahan A, Yassen A, Romberg R, et al. Buprenorphine induces ceiling in respiratory depression but not in analgesia. Br J Anaesth 2006;96:627-32. PMID:16547090 <https://doi.org/10.1093/bja/ael051>
6. Sandbrink F, Murphy JL, Johansson M, et al; VA/DoD Guideline Development Group. The use of opioids in the management of chronic pain: Synopsis of the 2022 Updated U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2023 Feb 14. doi: 10.7326/M22-2917.
7. Fishman MA, Kim PS. Buprenorphine for chronic pain: a systemic review. Curr Pain Headache Rep 2018;22:83. PMID:30291571 <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0732-2>

### **Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos**

**O Director** \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica

|                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fundamentação do parecer                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                   |
| Proposta de alguma exclusão a fazer à adenda hospitalar do formulário hospitalar nacional de medicamentos, como consequência da introdução deste novo medicamento |
|                                                                                                                                                                   |
| Referência bibliográficas                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                   |

## A Comissão de Farmácia e Terapêutica

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Pedido de introdução de um medicamento na Adenda Hospitalar do FHNM**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <b>Substância(s) activa(s)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Amitriptilina                                                |                                     |  |
| <b>Nome do medicamento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ----                                                         |                                     |  |
| <b>Dosagem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 25 mg                                                        |                                     |  |
| <b>Forma farmacêutica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Comprimidos                                                  |                                     |  |
| <b>Via de administração</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Oral                                                         |                                     |  |
| <b>Apresentação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Comprimidos                                                  |                                     |  |
| <b>Indicações terapêuticas propostas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Dor neuropática                                              |                                     |  |
| <b>As indicações constam do resumo das características do medicamento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Sim</b> <input type="checkbox"/>                          | <b>Obs:</b>                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Não</b> <input checked="" type="checkbox"/>               |                                     |  |
| <b>Critérios de prescrição</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Uso geral</b>                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Uso conforme protocolo (anexar protocolo)</b>             | <input type="checkbox"/>            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Uso mediante justificação clínica</b>                     | <input type="checkbox"/>            |  |
| <b>Posologia e duração do tratamento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Dose inicial 10 mg, aumentar até 75 mg<br>Tratamento crónico |                                     |  |
| <b>Custo unitário por dose</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ----                                                         |                                     |  |
| <b>Previsão nº de trat./ano</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ----                                                         |                                     |  |
| <b>Terapêutica actual com a mesma indicação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Gabapentina                                                  |                                     |  |
| <b>Justificação para a introdução (mais-valia terapêutica relativamente aos fármacos existentes)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |                                     |  |
| <p>O uso da amitriptilina na dor, especificamente, o seu uso no tratamento da dor neuropática em adultos é suportado por revisões sistemáticas e meta-análises recentes sobre o tratamento farmacológico deste tipo de dor.</p> <p>Os opioides possuem algum efeito na dor neuropática. No entanto, a maior parte dos doentes irão necessitar de tratamento analgésico adjuvante.</p> <p>Os adjuvantes de primeira linha incluem os antidepressivos tricíclicos (por exemplo amitriptilina) ou os antiepiléticos (por exemplo gabapentina, normalmente, o antiepilético de primeira linha na dor neuropática). Se a dor for de origem mista e não estiver controlada, usam-se analgésicos convencionais além dos antidepressivos tricíclicos ou da gabapentina.</p>                                                                                                                                                                                               |                                                              |                                     |  |
| <b>Referências bibliográficas sobre a evidência científica que suporta a introdução</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                              |                                     |  |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. <i>Lancet Neurol.</i> 2015;14(2):162-73.</li><li>2. National Institute for Health and Care Excellence. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. (CG 173). 2021. Available from: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/cg173">https://www.nice.org.uk/guidance/cg173</a>.</li><li>3. Watson M, Armstrong P, Gannon C, Sykes N, Back I. Neuropathic pain. 2016 [cited 2018 Oct 03]; Available from: <a href="http://book.pallcare.info/index.php?tid=20">http://book.pallcare.info/index.php?tid=20</a>.</li><li>4. Tesfaye S, Sloan G, Petrie J, White D, Bradburn M, Julious S, Rajbhandari S, Sharma S, Rayman G, Gouni R, Alam U, Cooper C, Loban A, Sutherland K, Glover R, Waterhouse S,</li></ol> |                                                              |                                     |  |

Turton E, Horspool M, Gandhi R, Maguire D, Jude EB, Ahmed SH, Vas P, Hariman C, McDougall C, Devers M, Tsalidis V, Johnson M, Rice ASC, Bouhassira D, Bennett DL, Selvarajah D; OPTION-DM trial group. Comparison of amitriptyline supplemented with pregabalin, pregabalin supplemented with amitriptyline, and duloxetine supplemented with pregabalin for the treatment of diabetic peripheral neuropathic pain (OPTION-DM): a multicentre, double-blind, randomised crossover trial. *Lancet*. 2022 Aug 27;400(10353):680-690. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01472-6. Epub 2022 Aug 22. Erratum in: *Lancet*. 2022 Sep 10;400(10355):810. PMID: 36007534; PMCID: PMC9418415.

5. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, Lanteri-Minet M, Lefaucheur JP, Mick G, Piano V, Pickering G, Piquet E, Regis C, Salvat E, Attal N. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. *Rev Neurol (Paris)*. 2020 May;176(5):325-352. doi: 10.1016/j.neurol.2020.01.361. Epub 2020 Apr 7. PMID: 32276788.
6. Price R, Smith D, Franklin G, Gronseth G, Pignone M, David WS, Armon C, Perkins BA, Bril V, Rae-Grant A, Halperin J, Licking N, O'Brien MD, Wessels SR, MacGregor LC, Fink K, Harkless LB, Colbert L, Callaghan BC. Oral and Topical Treatment of Painful Diabetic Polyneuropathy: Practice Guideline Update Summary: Report of the AAN Guideline Subcommittee. *Neurology*. 2022 Jan 4;98(1):31-43. doi: 10.1212/WNL.00000000000013038. PMID: 34965987.
7. Moulin D, Boulanger A, Clark AJ, Clarke H, Dao T, Finley GA, Furlan A, Gilron I, Gordon A, Morley-Forster PK, Sessle BJ, Squire P, Stinson J, Taenzer P, Velly A, Ware MA, Weinberg EL, Williamson OD; Canadian Pain Society. Pharmacological management of chronic neuropathic pain: revised consensus statement from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manag*. 2014 Nov-Dec;19(6):328-35. doi: 10.1155/2014/754693. PMID: 25479151; PMCID: PMC4273712.
8. Balanaser, Mariellea; Carley, Mega; Baron, Ralfb; Finnerup, Nanna B.c; Moore, R. Andrewd; Rowbotham, Michael C.e; Chaparro, Luis E.f; Gilron, Iana,g,h,\* . Combination pharmacotherapy for the treatment of neuropathic pain in adults: systematic review and meta-analysis. *PAIN* 164(2):p 230-251, February 2023. | DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002688

**Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos**

**O Director** \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica

|                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fundamentação do parecer                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                   |
| Proposta de alguma exclusão a fazer à adenda hospitalar do formulário hospitalar nacional de medicamentos, como consequência da introdução deste novo medicamento |
|                                                                                                                                                                   |
| Referência bibliográficas                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                   |

## A Comissão de Farmácia e Terapêutica

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO II – Protocolo de registos no sistema informático da primeira consulta

## 1ª CONSULTA

### REFERENCIAÇÃO POR:

### MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO:

**IDENTIFICAÇÃO:** Idade, Estado civil, Trabalho/ocupação, Vive com, Vem acompanhado por, Família/outras relações significativas, Religião/crenças.

**DAV / TESTAMENTO VITAL:** Sim /Não (Qual?)

Cuidador principal/pessoa de referência:

Telefone do doente / Telefone do cuidador principal

### AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Atividades de vida diária (Bartlhel)- Higiene pessoal, Banho, Vestir-se, Alimentar-se , Mobilidade (cama/ cadeira), Mobilidade (subir/descer escadas), Mobilidade (marcha), Eliminação intestinal, Eliminação vesical, Uso De WC

#### ECOG

0 Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição

1 Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária

2 Capaz de realizar todos os auto-cuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; em pé aproximadamente 50% das horas em que o paciente está acordado.

3 Capaz de realizar somente auto-cuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado

4 Completamente incapaz de realizar auto-cuidados básico, totalmente confinado ao leito ou à cadeira

PPS %: Deambulação, Nível de atividade e evidencia de doença, Autocuidado, Capacidade de ingestão alimentar, Nível de consciência

### DIAGNOSTICO PRINCIPAL:

### HISTORIA ATUAL DA DOENÇA:

Data do diagnóstico e evolução da doença, Internamentos, Tratamentos, Consultas

### OUTROS ANTECEDENTES PATOLOGICOS

**HABITOS:** Álcool, Tabaco, Drogas

Medicação habitual

ALERGIAS:

### SINTOMAS de doença avançada (ESAS)

Dor

Astenia

Sintomas respiratórios: Dispneia, tosse, hemoptises, broncorreia

Sintomas Digestivos: Trânsito intestinal, náuseas/vómitos, obstipação, diarreia / anorexia

Sintomas neuropsíquicos: sono, depressão, tristeza (adaptativa), ansiedade, delirium/confusão

Preocupações do doente/família

Necessidades sociais do paciente

## **EXAME OBJETIVO**

Estado de consciência e orientação

Aspeto geral- emagrecido / obeso

Deambula / cadeira de rodas/ bengala

Orofaringe

TA: mmHg

Pulso:

AC

AP

Membros inferiores

## **PROBLEMAS DETETADOS**

**CONHECE O DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO:** Sim /Não

## **PERCEÇÃO FACE A DOENÇA**

## **PLANO DE CUIDADOS**

Apresentada a equipa e o seu modo de funcionamento. Fornecidos contactos da equipa.

Explicados os objetivos da consulta e a finalidade dos cuidados paliativos.

Medicação:

- Inicia
- Mantem
- Suspende

Principais recomendações para o paciente e a família

Possibilidades de suporte social e financeiro

Agenda-se consulta presencial /telefónica para dentro de

Pede-se colaboração de

Na próxima consulta ponderar

ANEXO III- Participação como palestrante na mesa redonda “Onde e quem presta cuidados em fim de vida”

# Quem e onde prestar Cuidados Paliativos

**Benedita Graça Moura**

Médica de Família, USF Santa Clara, ACES Póvoa de Varzim/Vila do Conde  
Colaboradora do GESPal da APMGF  
Mestranda em Cuidados Paliativos na FMUP

8  
Outubro  
2022

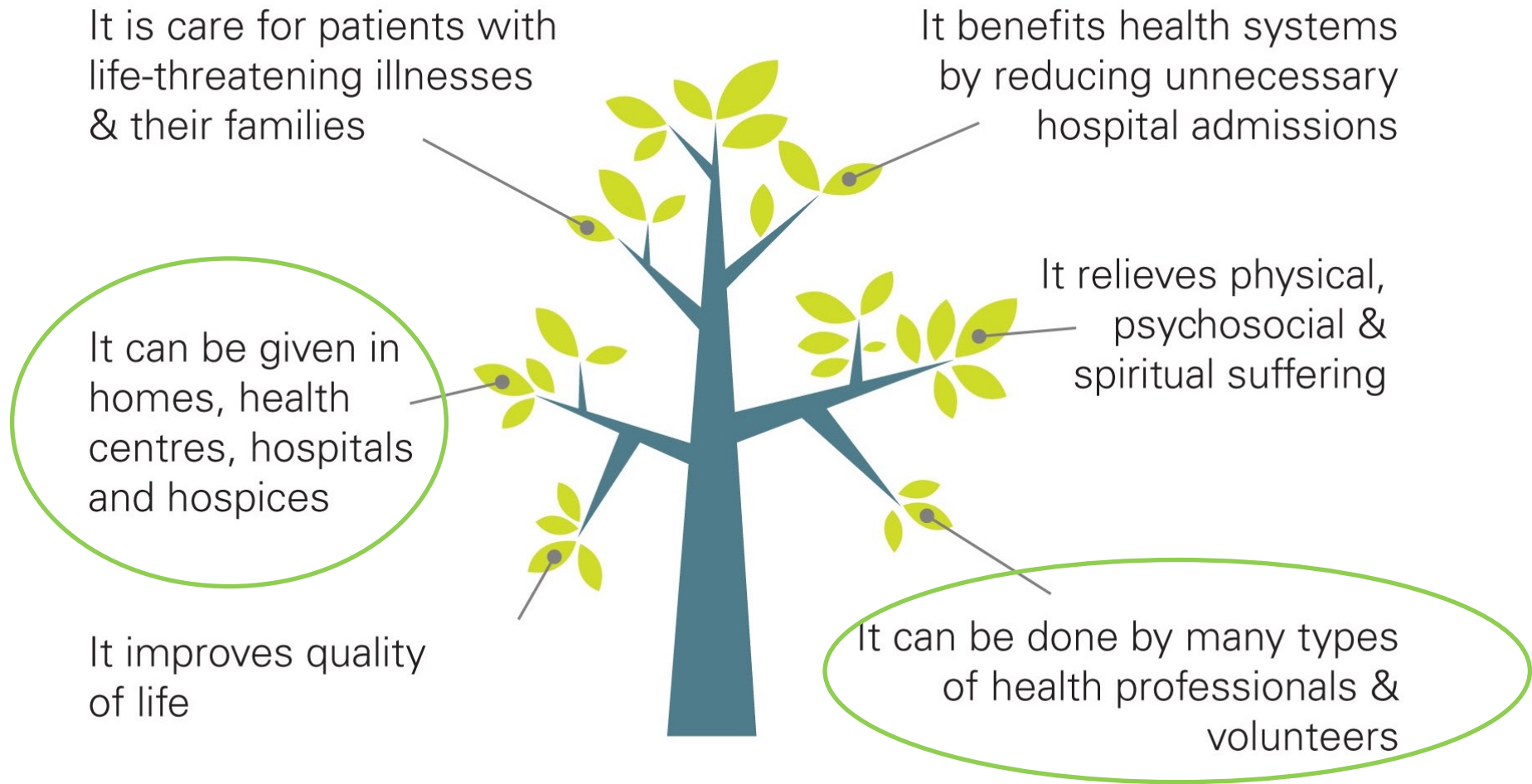


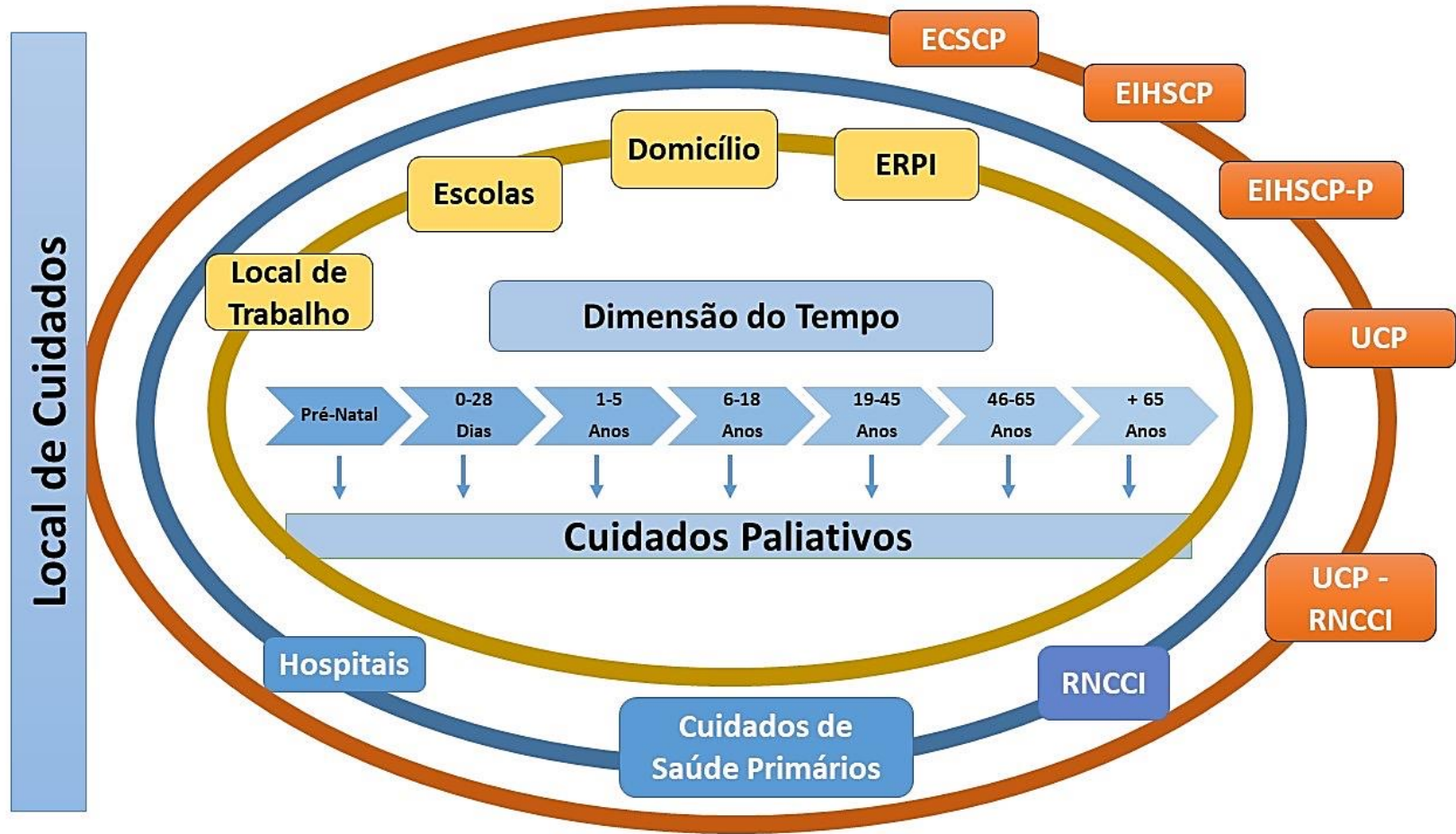
# Cuidados em fim de vida

“....cuidados abrangentes para pacientes que estão a morrer nas últimas horas, dias ou semanas de vida.”

# Cuidados paliativos

“visam melhorar a **qualidade de vida** ..., com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só **físicos**, como a dor, mas também dos **psicossociais e espirituais**”





**Legenda de cores:**

**Laranja-** Recursos da RNCP;

**Azul-** Níveis de cuidados de saúde;

**Castanho-**Sistema Social Integrado

# Quem presta cuidados em CP

“...devem ser prestados por profissionais de saúde assim como por cuidadores informais e voluntários, todos com capacitação específica”

## Áreas Profissionais

---

Enfermagem

Medicina

Serviço Social

Psicologia

Fisioterapia

Nutrição

Assistência Espiritual

Farmácia

Terapia da Fala

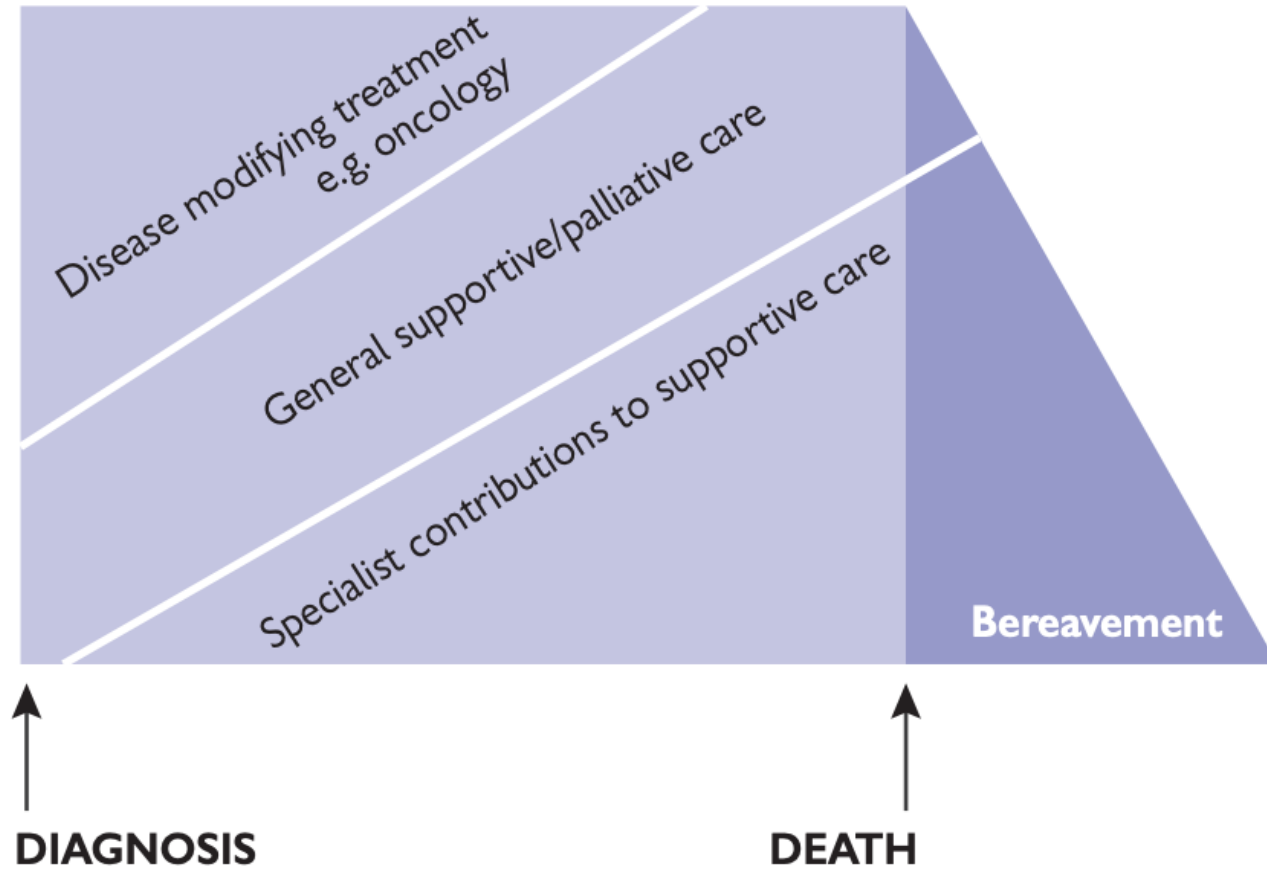
Terapia Ocupacional

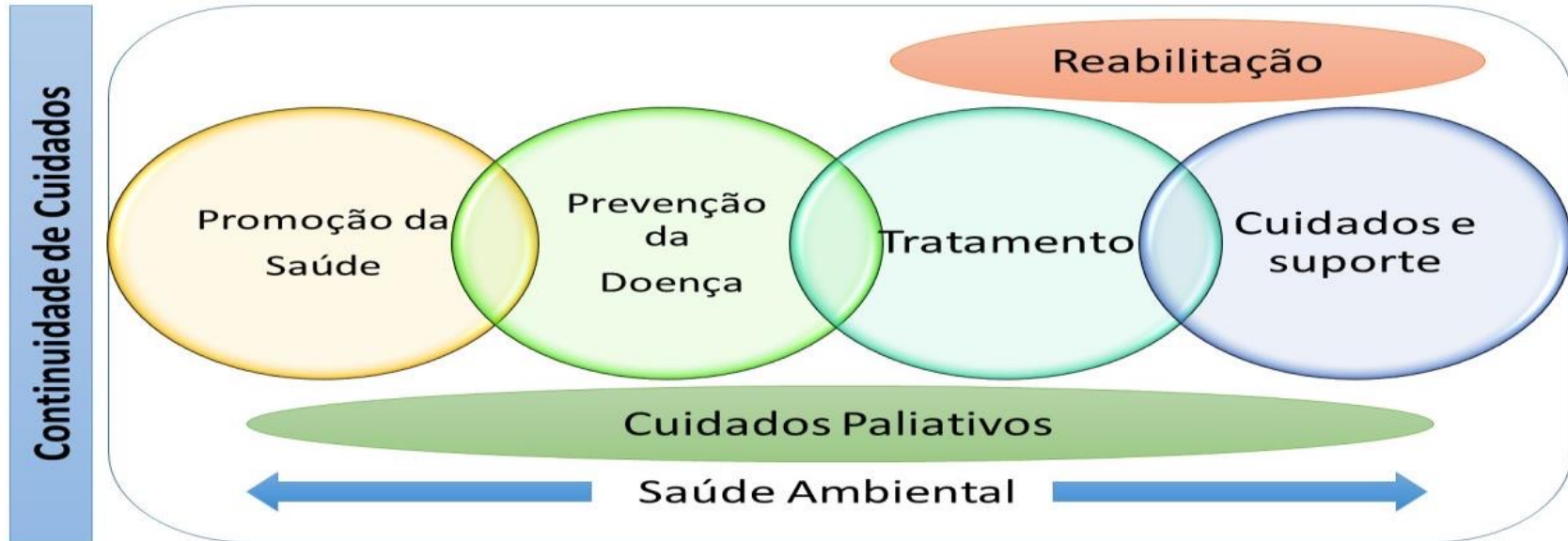
Outro

---

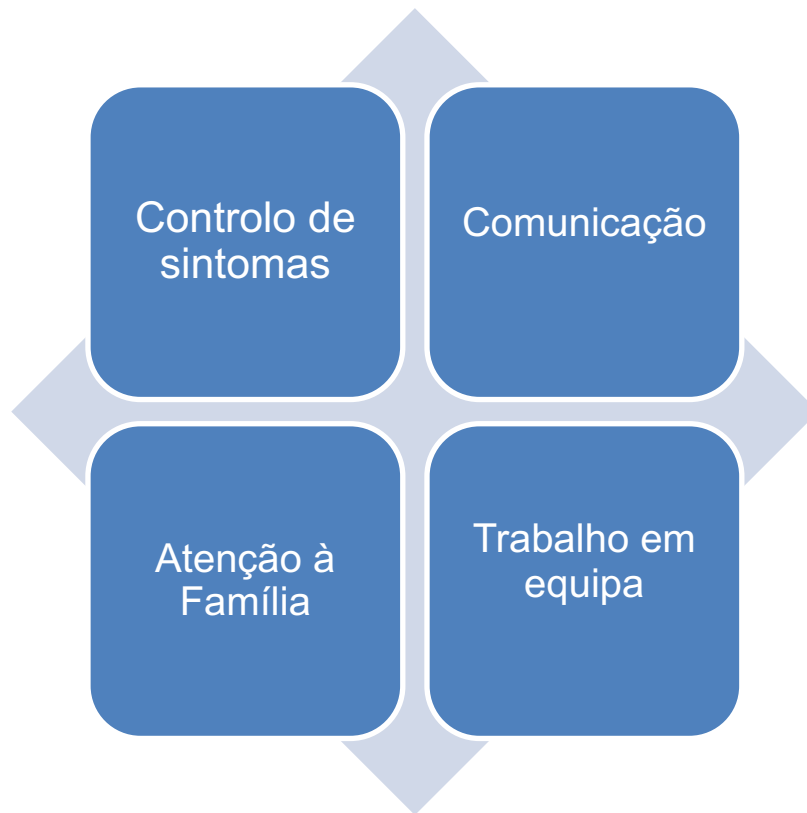
# Tipologia de cuidados em CP

- **CP especializados:** equipas mais especializadas que possam prestar cuidados de saúde em situações de saúde **mais complexos**, na comunidade e no contexto hospitalar
- **CP generalistas:** profissionais de saúde habituais do doente e da família com necessidades de CP com complexidade baixa a moderada. Em qualquer nível de cuidados (*medicina interna, SU, CSP...*)
  - **CP primários-** subtipo dos generalistas, prestados nos CSP



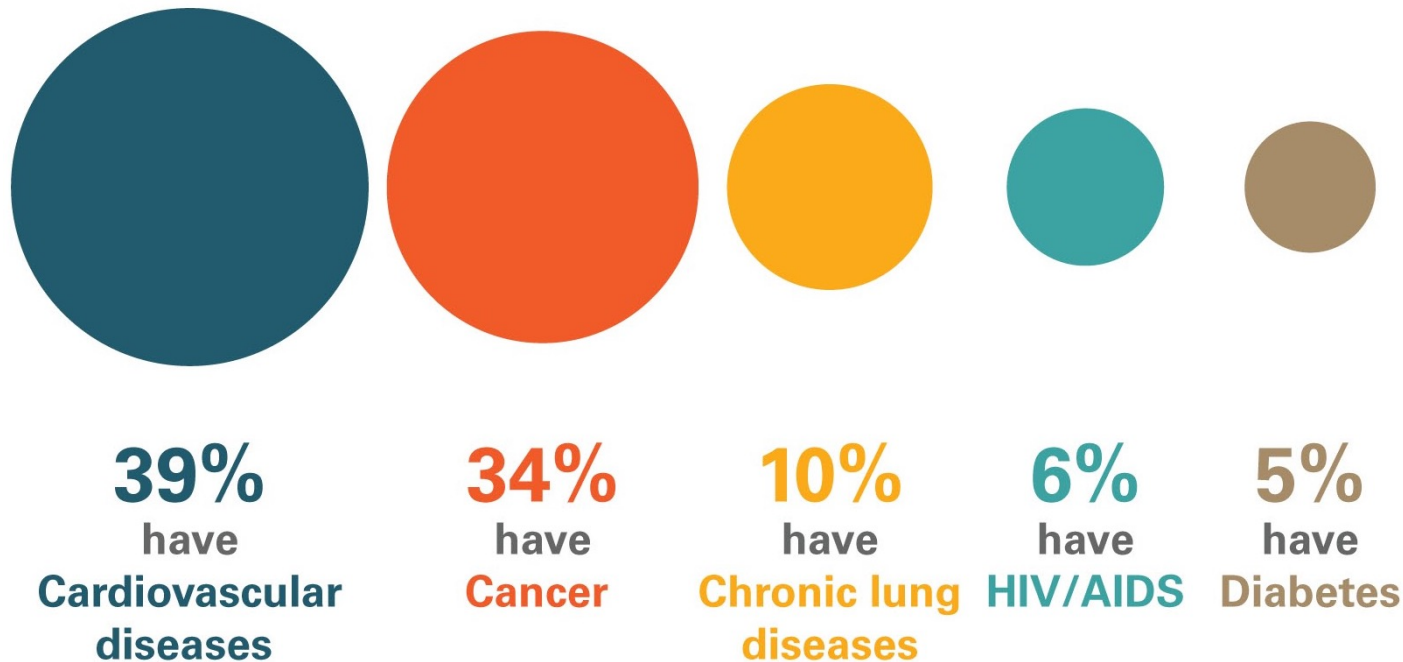


# Pilares dos cuidados paliativos



# Quem precisa de CP

Of the **40 million** people who need palliative care each year:



# Quem terá necessidades paliativas?

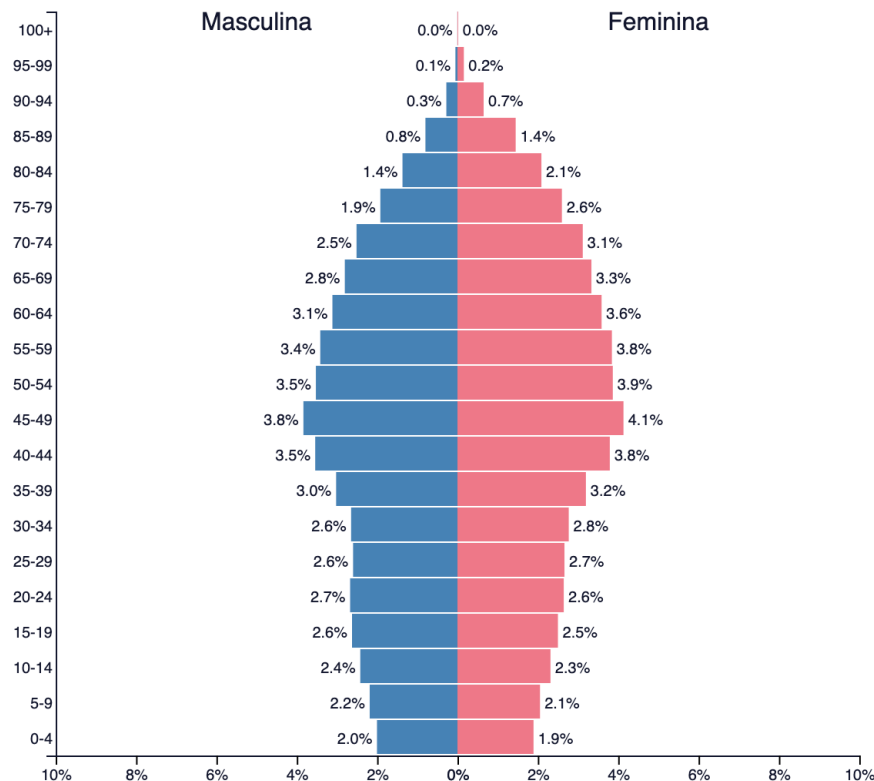
- Idosos, sobretudo os frágeis ou com múltiplas doenças crónicas
- Doente com diagnóstico recente de doença que provavelmente conduz a perda de capacidade de decisão
- Pessoas com diagnóstico de doença potencialmente ameaçadora de vida

# Caraterísticas das lista de utentes

- **Envelhecimento populacional:** aumento da longevidade e diminuição da natalidade
- **Aumento das doença crónica** progressiva
  - Insuficiência cardíaca
  - DPOC
  - Doença renal crónica
  - Doença oncológica
  - Infecção por vírus de imunodeficiência humana (VIH)
  - Cirrose
  - Demência
  - ....

Portugal ▼  
2021

População: 10,167,922





Luis Filipe Gomes

(Baseado em desenho de U. Grueninger, do Swiss College of Primary Care Medicina)

# Papel do Médico de Família

- Possibilidade de prestação de **cuidados no domicílio** permitindo ao doente a escolha do local de prestação de cuidados e/ou do local de morte
- **Conhecimento global do doente e da sua família**
- Relação de confiança e continuada no tempo
- Formação em **comunicação**: atenção à vulnerabilidade, respeito pelo doente, atenção à dignidade da pessoa, dar uma má notícia...

# Papel do Médico de Família

- Definir um **plano avançado de cuidados**
  - expressar os cuidados que aquela pessoa vai precisar, os que vai querer e os que não vai querer, criando documentos escritos com essas vontades, colaborar no ponto de situação sobre os objetivos do doente e da família

# Papel do Médico de Família

- **DAV:** esclarecimento de dúvidas, ajudar o doente a definir o que quer, acompanhar ao longo do tempo
- **Gestão dos direitos dos doentes:** DAV, direitos dos cuidadores, escolha do local de morte, escolha dos profissionais que acompanham, proximidade do local de residência

# Papel do Médico de Família

- Capacitação dos cuidadores
- **Gestão dos recursos de apoio:** na família, na comunidade, na saúde, nas instituições
- **Controlo de sintomas** que não necessitem de cuidados hospitalares
- Diminuir a necessidade de ir a urgências e o número de hospitalizações
- Acompanhar a **família no luto**

## **“Family Doctors, Always There to Care”**