

**MESTRADO**  
CUIDADOS PALIATIVOS

**Intervenção da Equipa Intra-Hospitalar  
de Suporte em Cuidados Paliativos nos  
doentes internados em serviços  
hospitalares do Centro Hospitalar  
Trás-os-Montes e Alto Douro –  
Unidade de Vila Real**

Ana Catarina Ferreira Magalhães

**M**

2024



**MESTRADO**  
CUIDADOS PALIATIVOS

# **Intervenção da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos nos doentes internados em serviços hospitalares do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro – Unidade de Vila Real**

Ana Catarina Ferreira Magalhães

# **M**

**2024**

ORIENTADORAS:

MARIA FRANCISCA MELO POJAL DA SILVA REGO

ANABELA MARTINS MORAIS E CADAVEZ

COORIENTADORA:

MÁRCIA MENDONÇA SOUTO

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



# Agradecimentos

A realização desta tese foi possível graças à colaboração, ao apoio e às contribuições recebidos ao longo do processo.

Agradeço à Prof.<sup>a</sup> Doutora Francisca Rego pela orientação, pela pronta disponibilidade e pelas valiosas sugestões.

Agradeço à Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro pelo caloroso acolhimento. Em especial à Dr.<sup>a</sup> Anabela Morais por me ter recebido na equipa, pela confiança, pelo carinho e por ter sido um elemento facilitador neste percurso. Agradeço à Dr.<sup>a</sup> Márcia Souto, por todo o apoio, pela partilha de conhecimentos sem limite, pela paciência e por acreditar em mim. Agradeço à Enf.<sup>a</sup> Iva Sousa pelo exemplo de profissionalismo que me transmitiu e por me ter ensinado que, por vezes, para cumprir um objetivo “alguma coisa tem de ficar para trás”. À Enf.<sup>a</sup> Cláudia Barros pelo exemplo do cuidar dedicado ao doente e pela partilha de desabafos. À Dr.<sup>a</sup> Carmen Pais por ter agilizado a minha entrada e favorecido a permanência nos Cuidados Paliativos.

Agradeço aos meus amigos, pelo incentivo constante. Em especial à Fábria por ter sempre a preocupação de conseguir solução para os meus problemas. Agradeço à Joana pela partilha de conhecimentos, trabalho de equipa, e amizade que levo da frequência deste Mestrado

Agradeço à minha família por ter estado sempre presente, com um apoio incondicional. À Mariana pelo tempo dispensado a responder às minhas dúvidas e pelos recursos informáticos disponibilizados. À minha mãe, Adriana, por ter sempre o colo disponível, e ao meu pai, Fernando, por ser sempre o meu pilar.

Ao João, não por ser o meu Norte, mas a minha bússola, pela contribuição na elaboração deste trabalho e por se manter ao leme do barco da nossa família, permitindo-me integrar este projeto.

Aos meus filhos, Francisca e Guilherme, pelo seu amor infinito e por compreenderem os meus momentos de ausência.

## Resumo

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos (CP) são cuidados ativos, coordenados e globais, prestados a doentes em situação de sofrimento, decorrente de doença incurável ou grave em fase avançada e progressiva, e às suas famílias. As equipas de CP asseguram cuidados especializados e multidisciplinares capazes de melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, reduzindo sintomas e promovendo uma gestão mais eficaz da doença, nomeadamente através de conhecimento diferenciado no controlo da dor. Este relatório encontra-se estruturado em duas partes: componente de estágio e componente científica. Na primeira, estão relatadas as atividades e competências adquiridas no Serviço de Medicina Paliativa do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Unidade de Vila Real (CHTMAD-UVR), e na segunda, apresenta-se o trabalho científico desenvolvido, que pretendeu objetivar e analisar o impacto da intervenção da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) na gestão da dor.

**Objetivos:** No estágio, pretendeu-se aplicar o conhecimento teórico do Mestrado em CP na prática clínica; desenvolver competências, observar e analisar contextos e procedimentos em CP; contribuir para a formação pessoal e qualificação profissional em CP; e adquirir conhecimentos para enfrentar desafios clínicos e tomar decisões éticas na prática de CP. Já os objetivos da componente científica foram caracterizar os doentes internados no CHTMAD-UVR observados pela EIHSCP que apresentavam dor, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2022, e analisar o impacto da terapêutica instituída pela EIHSCP no controlo deste sintoma.

**Metodologia:** O estágio técnico-científico de natureza profissional com a equipa de CP do CHTMAD-UVR decorreu no período de 12 de setembro a 30 de novembro de 2022, na Unidade Hospitalar de Vila Real e na Unidade de Internamento de Vila Pouca de Aguiar. Foram cumpridas um total de 405 horas assistenciais, distribuídas pelas valências intra-hospitalar (121 horas), consulta externa (122 horas) e internamento (162 horas).

Para a componente científica, foi elaborado um estudo observacional, retrospectivo, descritivo e analítico, considerando todos os pacientes adultos internados no CHTMAD – UVR, com pedido de colaboração à EIHSCP entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2022. Foram considerados critérios de inclusão idade igual ou superior a 18 anos e dor na primeira observação pela EIHSCP. Foram excluídos pacientes que não foram reavaliados após 48 horas.

Para ambas as componentes deste relatório, os dados demográficos e clínicos foram obtidos com recurso à informação que constava nos registos dos programas informáticos das unidades hospitalares. A análise estatística foi efetuada com o apoio dos softwares IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 29.0, e Microsoft Excel®. A confidencialidade foi garantida de acordo com a legislação vigente e o estudo recebeu aprovação ética.

**Resultados:** Nos três meses de estágio foram realizadas 169 consultas externas de CP, foram avaliados 92 pedidos de colaboração pela EIHS CP, e foram observados 102 doentes internados na UCP. A frequência e realização destas atividades assistenciais permitiu a aquisição das seguintes competências: promoção do conforto físico dos doentes com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas; identificação e promoção de resposta às necessidades psicológicas, sociais e espirituais do doente e familiares/cuidadores; melhoria na capacidade para responder aos desafios clínicos e decisões éticas; coordenação de cuidados de cariz interdisciplinar em qualquer contexto onde sejam prestados CP; desenvolvimento de competências de comunicação e de relação interpessoais; promoção da autoconsciência e desenvolvimento profissional contínuo.

Para a componente científica, considerou-se uma população de 438 pacientes adultos internados nos serviços do CHTMAD – UVR com pedido de colaboração efetuado à EIHS CP, entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2022. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra composta por 104 doentes, dos quais 75% apresentava doença oncológica. Após intervenção da EIHS CP, a média de intensidade da dor passou de 4,4 para 0,4 às 48 horas, uma redução estatisticamente significativa ( $Z = -8,903$ ;  $p < 0,001$ ).

**Conclusão:** As competências e conhecimentos adquiridos durante o estágio com uma equipa especializada em prestação de CP, aliados à integração plena nas suas atividades assistenciais, solidificaram a minha convicção sobre o valor desta experiência no percurso da minha formação. A componente científica desenvolvida corroborou a mais-valia da intervenção da EIHS CP na qualidade de vida dos seus doentes, demonstrando um impacto significativo e benéfico no controlo da dor em pacientes internados com necessidades paliativas, resultando numa redução estatisticamente significativa na intensidade da dor nas primeiras 48 horas após a intervenção.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Estágio; Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos; controlo da dor.

## Abstract

**Introduction:** Palliative Care involves active, coordinated, and comprehensive care provided to patients suffering from incurable or severe progressive diseases, as well as to their families. Palliative Care teams ensure specialized and multidisciplinary care that can improve the quality of life for patients and their families by reducing symptoms and promoting more effective disease management, particularly through specialized knowledge in pain control. This report is structured into two parts: the internship component and the scientific component. The first part describes the activities and skills acquired in the Palliative Medicine Service at the Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Vila Real Unit, and the second part presents the scientific work developed, which aimed to analyze the impact of the In-Hospital Palliative Care Support Team's intervention in pain management.

**Objectives:** The internship aimed to apply the theoretical knowledge from the Master's in Palliative Care to clinical practice; develop practical skills; observe and analyze contexts and procedures in Palliative Care; contribute to personal development and professional qualification in Palliative Care; and acquire knowledge to address clinical challenges and make ethical decisions in Palliative Care practice. The scientific component objectives were to characterize the hospitalized patients at the Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Vila Real Unit seen by the In-Hospital Palliative Care Support Team who reported pain from January 1 to December 31, 2022, and to analyze the impact of the therapeutic interventions implemented by the team on pain control.

**Methodology:** The technical-scientific internship, of a professional nature, with the Palliative Care team at the Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Vila Real Unit, took place from September 12 to November 30, 2022, at the Vila Real Hospital Unit and the Vila Pouca de Aguiar Inpatient Unit. A total of 405 hours of care were divided among in-hospital (121 hours), outpatient (122 hours), and inpatient (162 hours) settings. For the scientific component, an observational, retrospective, descriptive, and analytical study was conducted, considering all adult patients admitted to the Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Vila Real Unit, with a request for collaboration from the In-Hospital Palliative Care Support Team between January 1 and December 31, 2022. Inclusion criteria were patients aged 18 years or older and experiencing pain during the initial assessment by the team. Patients not reassessed after 48 hours were excluded. For both components of this report, demographic and clinical data were obtained from hospital unit records. Statistical analysis

was performed using IBM SPSS version 29.0 and Microsoft Excel. Confidentiality was ensured in accordance with current legislation, and the study received ethical approval.

**Results:** During the three-month internship, 169 outpatient Palliative Care consultations were conducted, 92 requests for collaboration were evaluated by the In-Hospital Palliative Care Support Team, and 102 inpatients were observed in the Palliative Care Unit. These activities facilitated the acquisition of skills in providing physical comfort to patients through pharmacological and non-pharmacological measures; identifying and addressing psychological, social, and spiritual needs of patients and their families/caregivers; improving the ability to respond to clinical challenges and ethical decisions; coordinating interdisciplinary care in any context where Palliative Care is provided; developing communication and interpersonal relationship skills; and promoting self-awareness and continuous professional development. For the scientific component, a population of 438 adult patients admitted to the Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Vila Real Unit, with requests for collaboration from the In-Hospital Palliative Care Support Team between January 1 and December 31, 2022, was considered. After applying inclusion and exclusion criteria, a sample of 104 patients was obtained, of which 75% had oncological disease. Following the intervention of the In-Hospital Palliative Care Support Team, the average pain intensity decreased from 4.4 to 0.4 within 48 hours, a statistically significant reduction ( $Z = -8.903$ ;  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The skills and knowledge acquired during the internship with a specialized Palliative Care team, along with full integration into their care activities, solidified my conviction about the value of this experience in my educational journey. The scientific component developed confirmed the significant positive impact of the In-Hospital Palliative Care Support Team's intervention on the quality of life of their patients, demonstrating a statistically significant reduction in pain intensity within the first 48 hours post-intervention.

**Keywords:** Palliative Care; Internship; Hospital Palliative Care Support Team; Pain management.

# Índice

COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	4
Introdução .....	5
Objetivos da componente de estágio .....	9
Estágio no Serviço de Medicina Paliativa do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.....	11
Atividade assistencial .....	13
Consulta Externa de Cuidados Paliativos.....	13
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.....	17
Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos.....	21
Atividade formativa.....	26
Curso Intensivo em Medicina Paliativa.....	26
Competências e conhecimentos adquiridos no âmbito do estágio.....	27
COMPONENTE CIENTÍFICA .....	39
Introdução .....	40
Objetivos .....	43
Metodologia .....	44
Resultados .....	46
Discussão .....	50
Conclusão .....	53
Reflexão final.....	54
Referências bibliográficas.....	56

## Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição dos pedidos para consulta externa, por tipologia de serviços (n=165) .....	15
Gráfico 2- Distribuição dos pedidos para consulta externa, por especialidade (n=165) ...	15
Gráfico 3- Distribuição dos doentes oncológicos por tipo de neoplasia (n=98) .....	16
Gráfico 4- Distribuição dos doentes não oncológicos por insuficiência de sistema de órgão (n=67) .....	16
Gráfico 5- Sintomas abordados nas consultas .....	17
Gráfico 6- Distribuição dos doentes oncológicos por tipo de neoplasia (n=56) .....	19
Gráfico 7- Distribuição dos doentes não oncológicos por insuficiência de sistema de órgão (n=31) .....	19
Gráfico 8- Motivos principais de pedido de colaboração (n= 92) .....	20
Gráfico 9- Sintomas que motivaram referência à equipa .....	20
Gráfico 10- Distribuição dos doentes oncológicos por tipo de neoplasia (n=65) .....	22
Gráfico 11- Distribuição dos doentes não oncológicos por insuficiência de sistema de órgão (n=37) .....	22
Gráfico 12- Distribuição dos principais motivos para pedido de internamento (n=104) ..	23
Gráfico 13- Sintomas abordados no dia de admissão ao internamento.....	24
Gráfico 14- Distribuição dos doentes de acordo com o destino à data de alta (n= 104)...	24
Gráfico 15- Distribuição dos doentes oncológicos por tipo de neoplasia.....	46
Gráfico 16- Distribuição dos doentes não oncológicos por insuficiência de sistema de órgão .....	47
Gráfico 17- Sintomas apresentados pelos doentes com dor .....	47

## Índice de Tabelas

Tabela 1- Distribuição dos pedidos para internamento de acordo com o serviço.....	23
Tabela 2- Distribuição dos doentes de acordo com terapêutica instituída antes e após a intervenção.....	48
Tabela 3- Distribuição dos doentes de acordo com a intensidade da dor antes e após a intervenção.....	48
Tabela 4- Estatísticas do teste de Wilcoxon para as variáveis intensidade da dor antes e após intervenção da equipa .....	49

## Lista de abreviaturas

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro  
CHTMAD-UVR – Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro - Unidade de Vila Real  
CP – Cuidados Paliativos  
EAPC – European Association for Palliative Care  
ECOG-PS – Eastern Cooperative Oncology Group - Performance Status  
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos  
EIHSCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos  
ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas  
ESAS – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton  
LBCP – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos  
IPO – Instituto Português de Oncologia  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PAINAD – Escala de Avaliação da Dor na Demência Avançada  
PPS – Palliative Performance Scale  
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos  
SMP – Serviço de Medicina Paliativa  
SPSS – IBM Statistical Package for the Social Sciences  
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

# COMPONENTE DE ESTÁGIO

## Introdução

Em Portugal, a Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro — Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), CP como “os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social, espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e de outros sintomas físicos, mas também, psicossociais e espirituais” [1]. Portanto, considera-se que estes cuidados são benéficos quando proporcionados tanto durante o tratamento curativo, como no tratamento com o intuito de prolongar a vida, baseando-se nas necessidades do doente e não no prognóstico da sua patologia. São cuidados prestados ao doente, em todos os estádios da sua doença, bem como aos seus familiares, incluindo no período de luto, e desempenhados por uma equipa interdisciplinar com o objetivo de se alcançar uma abordagem holística para o doente e a sua família [2].

Assim, a singularidade dos CP prende-se com os seus princípios inerentes, nomeadamente: a afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica; a prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados, respeitando os valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas do doente; a continuidade de cuidados ao longo da doença, considerando as necessidades individuais dos pacientes; a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados, recorrendo a profissionais de saúde com conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas. Todos estes princípios culminam no propósito fundamental de melhorar a qualidade de vida do doente e da sua família [1].

Remetendo-nos ao início dos CP no nosso país, sabemos que se iniciaram em 1992, com a inauguração da Unidade de Dor do Hospital do Fundão que quase de imediato se transformou no Serviço de Medicina Paliativa (SMP) do mesmo hospital. Em 1994, surge a primeira Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), também com valência de consultoria intra-hospitalar e apoio domiciliário, no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, a que se seguiu em 2001, a do IPO de Coimbra. A primeira equipa de CP domiciliários, surge no Centro de Saúde de Odivelas, em 1996. Mas, é só em 2006, que surge o forte elemento catalisador para a implementação dos CP como um direito de todos os cidadãos portugueses, com a criação da

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através do Decreto-Lei N.º 101/200642, onde os CP são integrados. Nesta altura, estes cuidados avançam de forma mais visível no nosso país. Deste modo, em 2011, através do Despacho 7968/2011 do Gabinete da Ministra da Saúde, considera-se a obrigatoriedade da existência de uma Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) em cada hospital do Serviço Nacional de Saúde. No ano seguinte, surge a LBCP [3]. Esta lei consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos CP, define a responsabilidade do Estado em matéria de CP e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde [1].

A RNCP tem como principal objetivo a prestação de CP a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico incerto e em fase avançada e progressiva. Esta rede prevê diferentes tipos de unidades e de equipas, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários [1]. Desta forma, ficaram definidas as equipas de prestação de CP, a nível local: UCP, as EIHSCP e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) [1].

De um modo geral, são competências das equipas locais de CP: proceder à admissão ou readmissão dos doentes com necessidade de CP; articular com a coordenação regional a afetação de doentes com necessidade de CP entre as várias equipas locais da rede; definir e concretizar, em relação a cada doente, um plano individual de cuidados; divulgar junto da população a informação sobre CP e acesso à rede; articular com os outros prestadores de cuidados de saúde, na sua área de influência [1].

Particularmente, uma UCP é um serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de CP diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa; presta cuidados, em regime de internamento, podendo estar integrada num hospital ou noutra instituição de saúde com serviços de internamento. Estas unidades podem ter diferentes valências assistenciais, de internamento, apoio intra-hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário e consulta externa [1].

A EIHSCP presta aconselhamento e apoio diferenciado em CP, sempre que solicitado por outros profissionais de saúde dos serviços do hospital onde atuam, aos doentes internados e como às suas famílias. A equipa está integrada na UCP, quando esta exista na mesma instituição. Esta equipa funciona de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento [1].

Por fim, a ECSCP presta cuidados específicos a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias/cuidadores, no domicílio, sempre que seja solicitada a sua atuação. Presta,

também, apoio e aconselhamento diferenciado às unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente às unidades de cuidados na comunidade e às unidades e equipas da RNCCI. Além disso, assegura formação em CP dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários [1].

Atualmente, é mais do que evidente que a intervenção de uma equipa de CP traz benefícios para os doentes e suas famílias, diminuindo a carga sintomática dos pacientes e a sobrecarga dos familiares. Para além disso, a sua atividade permite diminuir os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, a futilidade terapêutica, o recurso excessivo e inadequado aos serviços de urgência e aos cuidados intensivos, promovendo uma diminuição dos custos em saúde. Também possibilitam ao doente viver tão ativamente quanto possível, de uma forma independente e plena, até à morte; promovem a qualidade de vida dos doentes, podendo influenciar positivamente o curso da sua patologia [4]. Mais ainda, as equipas de CP reconhecem as necessidades individuais das pessoas, e desenvolvem conhecimentos, capacidades e a confiança de que necessitam para tomar decisões informadas e gerir de forma mais competente o seu projeto de saúde. Proporcionam às pessoas dignidade, compaixão e respeito, ao mesmo tempo que oferecem cuidados de saúde, apoio e tratamento coordenados e personalizados [5].

Em Portugal, o número de pessoas com necessidade de CP tem vindo a aumentar consideravelmente, na última década, tal como foi demonstrado através da aplicação da metodologia definida por Murtagh e Higginson. Segundo estes autores, os registos de óbitos e as causas de morte são uma forma credível de avaliação das necessidades paliativas em países desenvolvidos, estimando que 69% a 82% das pessoas que falecem necessitaram de CP [4]. Aplicando estas percentagens (mínima e máxima) a Portugal, estimou-se que havia em 2015 cerca de 74873 a 88979 doentes com necessidades paliativas [4], aumentando este número para 75614 a 89861, em 2017 [6], e para 81553 a 96918, em 2021 [7]. Uma explicação para a progressiva elevação destes valores decorre da existência de uma população cada vez mais envelhecida, e do conseqüente crescimento das doenças degenerativas e crónicas, associado a um incremento das patologias oncológicas, no nosso país [6].

Portanto, são evidentes as vantagens e o impacto da intervenção de uma equipa de CP, tanto para o doente, a sua família e para as instituições de saúde do país onde elas operam. Tal, associado ao facto de, por um lado, ser uma área cativante pela sua complexidade e, por outro, estar a aumentar cada vez mais o número de pessoas com necessidades paliativas, serviu de motivação para a procura de mais conhecimentos nesta disciplina da medicina.

Neste contexto, tornou-se premente a procura por programas estruturados de educação que contemplassem as atividades necessárias para o cumprimento dos critérios exigidos no nível de formação pós-graduada/avançada (nível C) em CP [4]. Assim, surgiu a oportunidade de frequentar o Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que permitiu a aquisição de conhecimentos teóricos lecionados como pós-graduação, durante o primeiro ano, associado à realização de um estágio técnico-científico de natureza profissional numa Unidade/Equipa de CP de reconhecida credibilidade, no segundo ano.

O relatório que se segue pretende descrever as atividades realizadas e as competências adquiridas durante o estágio, com duração de 405 horas, que decorreu no período de 12 de setembro a 30 de novembro de 2022, no Serviço de Medicina Paliativa do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD).

## Objetivos da componente de estágio

- Aplicar o conhecimento teórico adquirido durante o primeiro ano do Mestrado em CP na prática clínica;
- Adquirir competências práticas na área dos CP;
  - Conhecer os principais instrumentos de avaliação de sintomas em CP e os princípios gerais do controlo sintomático;
  - Intervir no controlo sintomático, com recurso a tratamentos farmacológicos e não farmacológicos;
  - Utilizar a via subcutânea e perfusões contínuas para administração de terapêutica;
  - Aprender os cuidados a prestar ao doente nos últimos dias de vida e à sua família;
  - Identificar e responder às necessidades psicológicas, sociais e espirituais dos doentes e sua família.
  - Identificar dificuldades e exaustão do cuidador;
  - Desenvolver habilidades de comunicação adequadas, nomeadamente utilizar diretrizes para a comunicação de más notícias;
- Observar e problematizar contextos, projetos e procedimentos de CP;
  - Aprender a melhor abordagem de doentes com doença crónica, progressiva e com prognóstico reservado, considerando os processos específicos da sua doença oncológica ou não oncológica;
  - Observar e praticar a coordenação de cuidados interdisciplinares;
  - Participar em conferências familiares;
  - Acompanhar intervenções no luto;
- Identificar estratégias e espaços de intervenção em CP de acordo com instrumentos e metodologias adequados;
- Contribuir para a formação pessoal e social e para a qualificação profissional em CP;
  - Promover a autoconsciência e o desenvolvimento profissional contínuos, com reflexão sobre a própria atitude em relação à doença, morte e luto;
  - Envolver-se em atividades educacionais e formações de forma a desenvolver e aprimorar competências profissionais;

- Adquirir conhecimentos para melhor responder aos desafios clínicos e processos de tomada de decisão ética em CP;
  - Adequar cuidados e tratamentos que respeitem princípios bioéticos, necessidades individuais, valores e crenças do doente e sua família;
  - Promover a autonomia do doente na tomada de decisão ao longo da trajetória da doença, sem descuidar os princípios de benevolência, não maleficência e justiça;
- Desenvolver competências de investigação em CP;
  - Analisar o impacto da terapêutica instituída por uma EIHS CP no controlo da dor dos doentes paliativos.

## Estágio no Serviço de Medicina Paliativa do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Os CP em Portugal continental têm já um caminho significativo percorrido, iniciado na década dos anos noventa. Mas foi só em 2006, com a criação da RNCCI, que ficaram asseguradas as necessidades das pessoas em matéria de cuidados continuados integrados e de CP. E foram necessários mais seis anos para que, em 2012, com a publicação da LBCP, fosse criada a RNCP [1], independente da dos cuidados continuados e responsável pela antecipação das necessidades e planeamento das respostas em matéria de CP [1]. Em 2015, a Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro, vem regulamentar, caracterizar e operacionalizar os serviços prestados pelas as equipas locais de CP: o internamento, responsabilidade das UCP; apoio intra-hospitalar/consultoria, consulta externa e hospital de dia, responsabilidade das EIHSCP; e apoio domiciliário, responsabilidade da ECSCP [8].

Com o intuito de estagiar num SMP que integrasse o maior número de valências assistenciais e que fosse coordenado por um médico com competência em Medicina Paliativa, foram enviadas candidaturas a várias equipas de CP do norte do país, tendo sido aceite pela equipa do CHTMAD.

O SMP do CHTMAD foi criado em 2014, tendo vindo a crescer e a desenvolver a sua atividade de forma progressiva. Presta serviços em três vertentes assistenciais: internamento para doentes agudos de foro paliativo, apoio ao internamento/consultoria e consulta externa (em CP, Apoio Psicológico, e Nutrição).

A constituição do corpo clínico, à data de realização do estágio, com os respetivos níveis de formação e carga horária semanal são:

- 5 médicas especialistas em Medicina Interna e 1 médica especialista em Anestesiologia, todas com formação avançada em CP e 3 com competência em Medicina Paliativa;
- 15 enfermeiros, dos quais 20% com formação básica e 80% com formação avançada em CP; 1 enfermeira especialista em CP;
- 2 psicólogos com formação básica em CP e prestação de apoio em tempo parcial (8 horas/semana);
- 1 nutricionista com formação básica em CP, e atividade em tempo parcial;
- 1 assistente social com formação básica em CP e prestação de apoio em tempo parcial (12 horas/semana);
- 8 assistentes operacionais.

A equipa desenvolve as suas funções nas três unidades hospitalares do CHTMAD - Hospital de São Pedro, em Vila Real; CHTMAD - Unidade de Chaves, em Chaves; e CHTMAD - Unidade de Lamego, em Lamego – e na Unidade de Internamento, em Vila Pouca de Aguiar.

As atividades do estágio decorreram na Unidade de Vila Real e na Unidade de Internamento, de acordo com o horário combinado com o responsável pela formação.

## Atividade assistencial

As atividades foram tutoradas pela Dr.<sup>a</sup> Márcia Souto (Mestre em Medicina, com competência em Medicina Paliativa pela Ordem dos Médicos; assistente hospitalar de Medicina Interna; coordenadora da EIHSCP; coordenadora da consulta externa em CP) e orientadas pela Dr.<sup>a</sup> Anabela Morais (Mestre em Medicina, com Mestrado em CP e competência em Medicina Paliativa pela Ordem dos Médicos; assistente graduada sénior de Medicina Interna; diretora de serviço do SMP).

Houve preocupação em proporcionar uma integração orgânica e plena na equipa, nomeadamente com a equipa de enfermagem, contribuindo para o bom funcionamento e fluidez de trabalho diários. Foi permitido o livre acesso aos processos dos doentes, instalações e materiais necessários ao desenvolvimento desta formação profissional.

O início do estágio teve um carácter observacional, em que houve um período de adaptação à equipa e às suas rotinas. Com o aumento da confiança mútua houve um progressivo ganho de autonomia, até atingir autonomia total. As atividades efetuadas de forma autónoma realizaram-se em conformidade com a disponibilidade ou com as necessidades da equipa, em parceria com a equipa de enfermagem ou como elemento extra da equipa médica.

Esta formação foi organizada de acordo com horário semanal de 40 horas de trabalho, participando nas diversas funções levadas a cabo pela equipa - consulta externa (122 horas), EIHSCP (121 horas) e unidade de internamento (162 horas) – para cumprir o total pretendido de 405 horas.

## Consulta Externa de Cuidados Paliativos

A consulta externa de CP do CHTAMD realiza-se nas suas três unidades hospitalares. A atividade descrita neste relatório diz respeito apenas às consultas realizadas no CHTMAD – UVR, durante o período do estágio. Estas consultas decorrem no piso 0 do Edifício do Centro Oncológico, com a ocupação de três gabinetes, um para a consulta de enfermagem e os outros para a consulta médica.

Todos os doentes observados pela EIHSCP com alta do internamento mantêm seguimento na consulta externa de CP. Além disso, os utentes também podem ser referenciados a esta

consulta pelos médicos de outras especialidades hospitalares e também pelos médicos dos cuidados de saúde primários, ou de outras unidades hospitalares.

A consulta é dividida em duas partes: a primeira consiste na consulta de enfermagem e a segunda na consulta médica. Assim, no primeiro contacto procede-se à apresentação da equipa e explicação do objetivo da consulta de CP. Realiza-se uma breve entrevista clínica e são aplicados os instrumentos de avaliação Palliative Performance Scale (PPS) e a Eastern Cooperative Oncology Group - Performance Status (ECOG-PS), e a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS). Deste modo, a equipa procura perceber e objetivar as necessidades do doente e da sua família/cuidador, quer seja o controlo de sintomas, o pedido de apoio psicológico, questões sociais, entre outros. No final das primeiras consultas de enfermagem é entregue um guia de acolhimento, onde consta os contatos diretos da equipa que funciona 24 horas/dia, garantindo a proximidade dos cuidados.

Depois desta primeira abordagem ao doente e cuidador, a equipa de enfermagem reúne com a equipa médica para uma breve apresentação e discussão dos casos.

Na consulta médica, completam-se dados da anamnese e da avaliação do doente (recolha detalhada do seu histórico médico, social e psicológico; avaliação dos sintomas físicos e do estado emocional e psicológico; discussão sobre os objetivos de tratamento e expectativas do paciente e do cuidador; avaliação das suas necessidades espirituais e culturais, sempre que oportuno). Procede-se ao exame físico, com a avaliação dos sinais vitais e do estado geral do doente. De acordo com os sintomas apresentados e os sinais identificados são explicadas as opções de tratamento para o seu alívio, e discutidos os benefícios e possíveis efeitos secundários da terapêutica proposta. É assim definido um plano individual de cuidados, que pode incluir medicamentos, terapias complementares, suporte psicológico e apoio da consulta de nutrição. Aquando da elaboração do guia terapêutico (onde constam o nome dos fármacos, dose, via de administração, posologia, e terapêutica de resgate e suas indicações), são também fornecidas informações sobre como gerir os sintomas em casa e quando procurar ajuda médica. Por fim, é agendada a consulta de seguimento para avaliar a eficácia do plano de cuidados e fazer ajustes conforme necessário.

Estes passos garantem que o paciente recebe cuidados abrangentes, centrados na pessoa, e que as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais são orientadas de forma integrada.

Ao longo do estágio realizaram-se 169 consultas, das quais 49 corresponderam a primeiras consultas e as restantes a consultas de seguimento. Destas últimas, 35 foram teleconsultas.

A proveniência da maioria dos pedidos de referênciação à consulta externa de CP, de acordo com a valência assistencial hospitalar, foi das consultas externas de outras especialidades (n=96; 58,2%) (Gráfico 1).

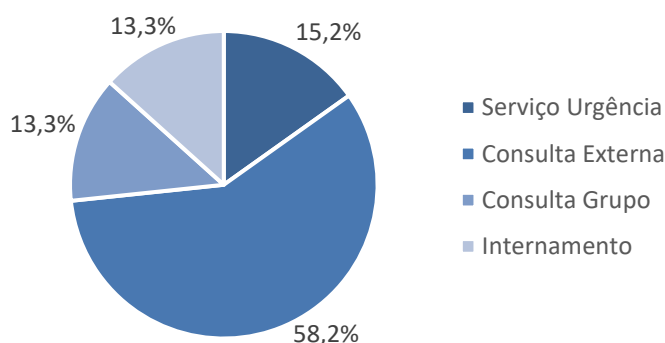


Gráfico 1- Distribuição dos pedidos para consulta externa, por tipologia de serviços (n=165)

A especialidade que mais referenciou doentes à consulta externa de CP foi a Medicina Interna (n=58, 35,2%) (Gráfico 2).

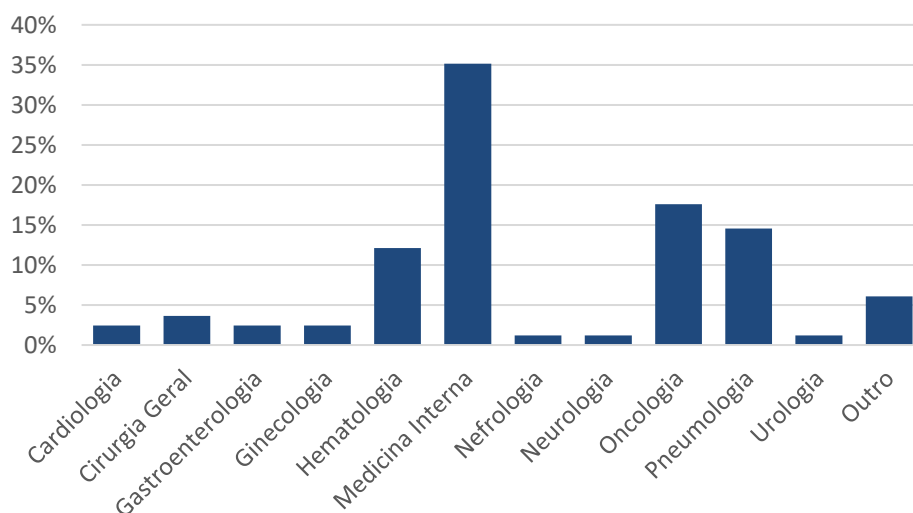


Gráfico 2- Distribuição dos pedidos para consulta externa, por especialidade (n=165)

Foram observados na consulta externa um total de 165 doentes. A maioria (n=92; 55,8%) pertencia ao sexo feminino e a média de idades foi de 79 anos (mínimo: 42 anos; máximo: 98 anos).

O principal diagnóstico de cada doente foi categorizado, de uma forma genérica, em doença oncológica ou doença não oncológica. No grupo de doentes com doença oncológica (n=98; 59,4%), as neoplasias mais prevalentes foram do sistema respiratório (n=23; 23,5%), hematológico (n=12; 12,2%) e ginecológico (n=12; 12,2%) (Gráfico 3).

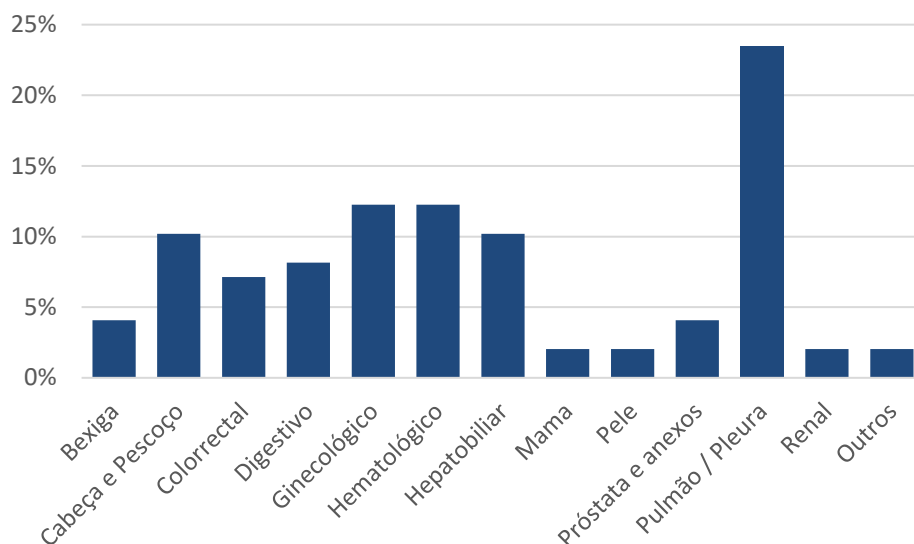


Gráfico 3- Distribuição dos doentes oncológicos por tipo de neoplasia (n=98)

Em relação aos doentes com principal patologia não oncológica (n= 67; 40,6%), a maioria foram pacientes com diagnóstico de síndrome demencial (n=34; 50,7%), seguido dos com insuficiência cardíaca (n=18; 26,9%) (Gráfico 4).

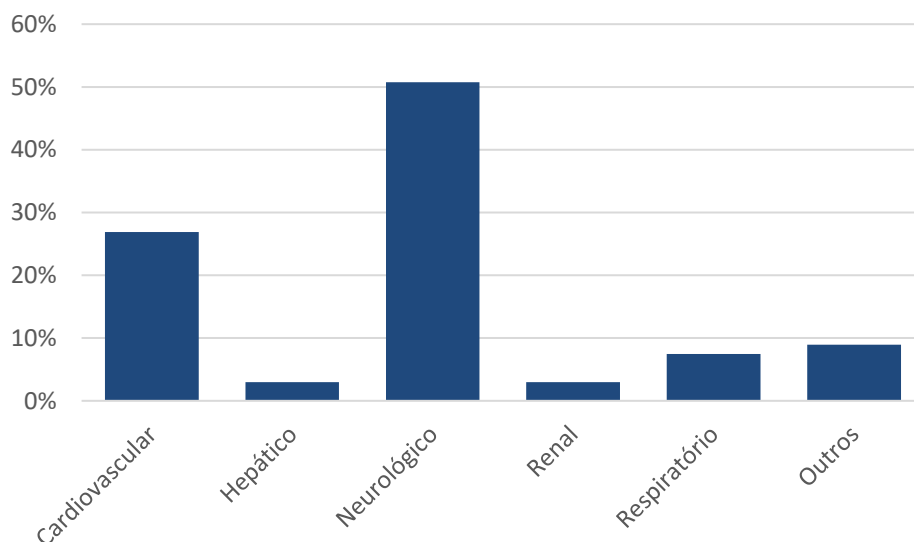


Gráfico 4- Distribuição dos doentes não oncológicos por insuficiência de sistema de órgão (n=67)

A performance destes doentes foi caracterizada em todas as consultas através das escalas PPS e a ECOG-PS. O valor médio da PPS foi de 43% (mínimo: 10%; máximo: 90%). Em relação à ECOG-PS, a média foi de 3 (mínimo: 1; máximo: 4).

Em média, em cada consulta, foram abordados 1,4 sintomas por doente. Os sintomas mais frequentes foram a dor (n=56), a astenia/cansaço (n=33), a dispneia (n=33), a anorexia (n=18) e a obstipação (n=15) (Gráfico 5).

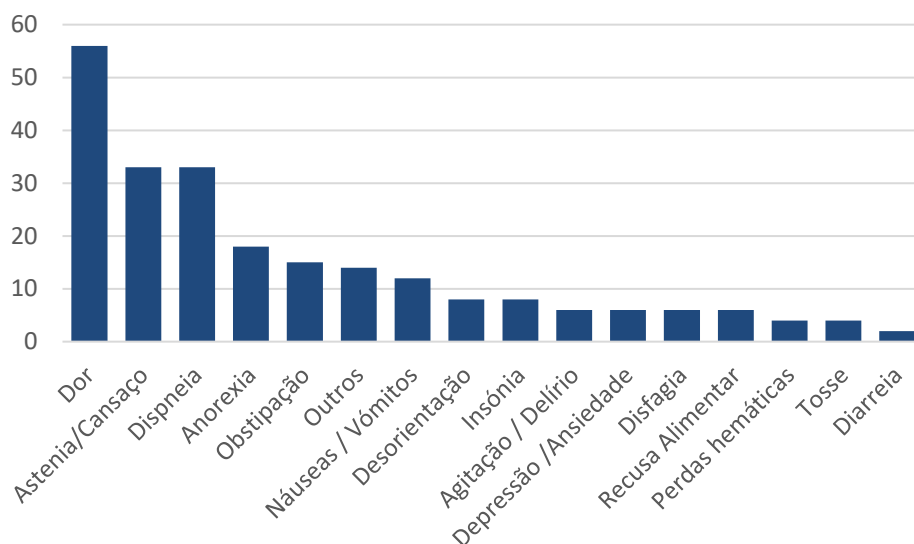


Gráfico 5- Sintomas abordados nas consultas

A articulação próxima dos doentes e familiares/cuidadores com a equipa de Medicina Paliativa permitia o agendamento de forma não programada de consultas, quando se verificava um agravamento sintomático. Nos casos de difícil gestão em ambulatório, ou mesmo quando os cuidadores apresentavam sinais de exaustão, os doentes foram orientados para a unidade de internamento do SMP, a partir da consulta externa.

## Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

A EIHS do CHTMAD presta consultoria a qualquer serviço de internamento de adultos, das três unidades hospitalares, para os quais é solicitado o seu apoio. Esta consultoria consiste em proporcionar o suporte paliativo ao paciente e sua família, mantendo-se o doente internado no serviço médico ou cirúrgico da equipa assistente, de acordo com a patologia de base e motivo de internamento.

Cada equipa é constituída por um médico e por um enfermeiro que, previamente à observação, analisa o pedido de colaboração e o processo clínico informático de cada doente. Desta forma, são tidos em conta os últimos internamentos, últimas consultas de especialidade, diários da equipa assistente relativos ao internamento atual, vigilâncias da equipa de enfermagem, assim como a situação social.

Na visita ao doente internado, complementam-se as informações já conhecidas com a entrevista clínica, com especial atenção aos sinais e sintomas, medicação no domicílio, estado

funcional, e outras necessidades percebidas ou expressas, como apoio psicológico ou problemas sociais. Sempre que oportuno, privilegia-se o contacto pessoal com a equipa assistente (médica e de enfermagem), envolvendo-a no processo de tomada de decisão e plano de cuidados. Nesta abordagem ao doente, que ocorre na sua vasta maioria em enfermarias com quartos partilhados, as condições de privacidade nem sempre são ideais. Contudo, permanece sempre a preocupação, por parte da equipa, em assegurar as condições de privacidade possíveis. Também se procura proporcionar um ambiente confortável e seguro, atendendo às condições de organização do espaço e até ao aspeto físico do doente, fomentando o seu conforto e preservando a sua imagem estética, o que promove a dignidade da pessoa doente. É realizado um registo de todas as visitas no diário clínico informático.

À data da alta, é cedido um guia de acolhimento ao doente e família e orienta-se o paciente para a consulta externa de CP.

Além de todas estas atividades, é ainda responsabilidade da equipa responder aos contactos telefónicos, tanto dos cuidadores ou doentes em seguimento na consulta externa, como dos profissionais de saúde do hospital e dos cuidados de saúde primários. As chamadas telefónicas são geridas pela equipa de enfermagem, e discutidas com a equipa médica, sempre que necessário. Durante o estágio, a maioria destes contactos correspondeu a pedidos de apoio na gestão de sintomas e aconselhamento para gestão dos cuidados ao doente, por parte dos cuidadores.

Durante os três meses do estágio a EIHS CP, da Unidade de Vila Real, recebeu 92 pedidos de colaboração, correspondendo a 87 doentes. Dos doentes acompanhados, a maioria era do sexo masculino (n=57; 54,0%) e a média de idades foi de 73,9 anos (mínimo: 41 anos; máximo: 98 anos).

O tempo médio de espera entre o pedido de colaboração à equipa e a primeira observação do doente foi de 1,8 dias (mínimo: 0; máximo: 8 dias).

A maioria dos pedidos de colaboração foi do serviço de Medicina Interna (n=41; 44,6%), seguido do serviço de Oncologia (n=19; 20,7%).

O principal diagnóstico de cada doente foi categorizado, de uma forma genérica, em doença oncológica ou doença não oncológica. No grupo de doentes com doença oncológica (n=56; 64,4%), as neoplasias mais prevalentes foram do aparelho respiratório (n=12; 21,4%) e do sistema digestivo (n=11; 19,6%) (Gráfico 6).

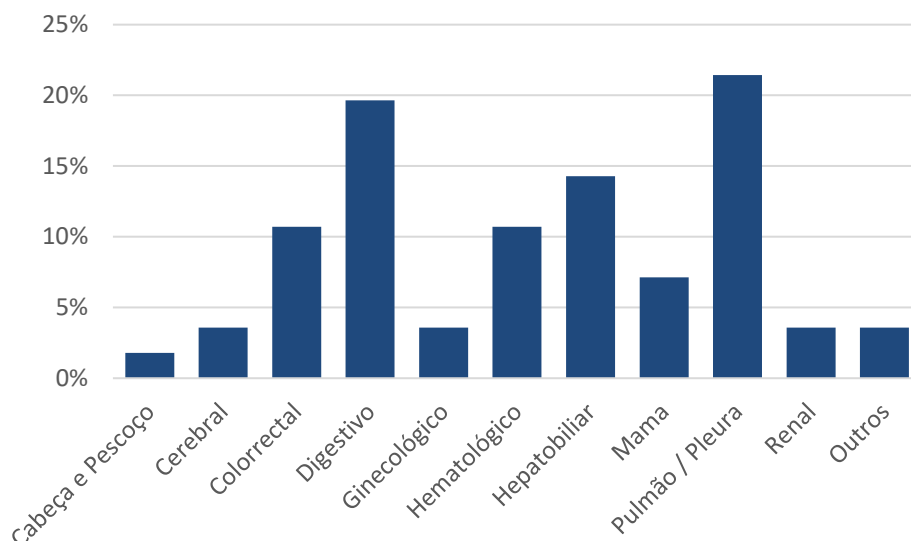


Gráfico 6- Distribuição dos doentes oncológicos por tipo de neoplasia (n=56)

Em relação aos doentes com doença não oncológica (n=31; 35,6%), os diagnósticos principais mais prevalentes corresponderam a patologias do aparelho respiratório (n=11; 35,5%) e do sistema nervoso central (n=11; 35,5%) (Gráfico 7).

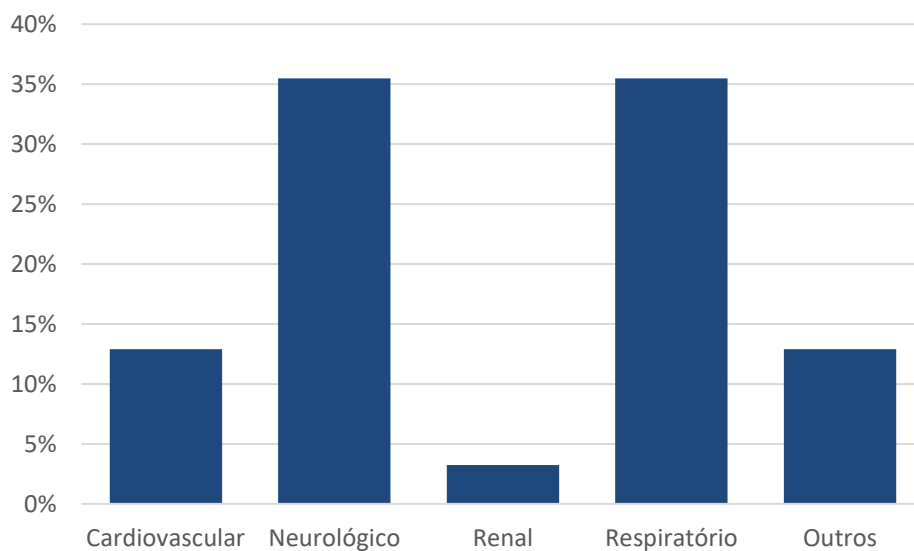


Gráfico 7- Distribuição dos doentes não oncológicos por insuficiência de sistema de órgão (n=31)

Em relação aos motivos de pedido de colaboração, foi considerado apenas um motivo principal por doente. Assim, a maioria dos motivos estava diretamente relacionada com a necessidade de apoio para controlo de sintomas (n=75; 82%), seguido de apoio para a prestação de cuidados de fim de vida (n= 6; 7%) e para gestão de problemas de cariz da assistência social (n= 3; 3%) (Gráfico 8).

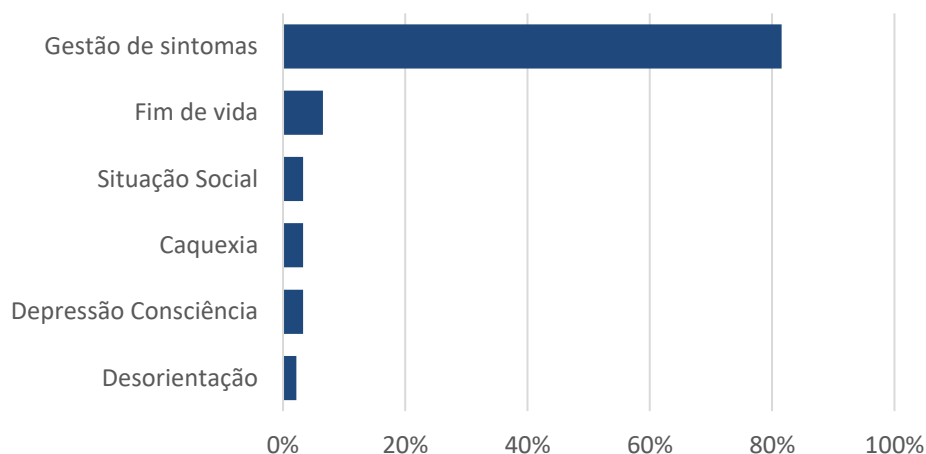


Gráfico 8- Motivos principais de pedido de colaboração (n= 92)

De entre os pedidos para gestão sintomática, cada doente apresentou, em média, 2,3 sintomas e os que motivaram mais pedidos foram cansaço/astenia (n=39), dispneia (n=36), dor (n=20), anorexia (n=13) e broncorreia (n=12) (Gráfico 9).

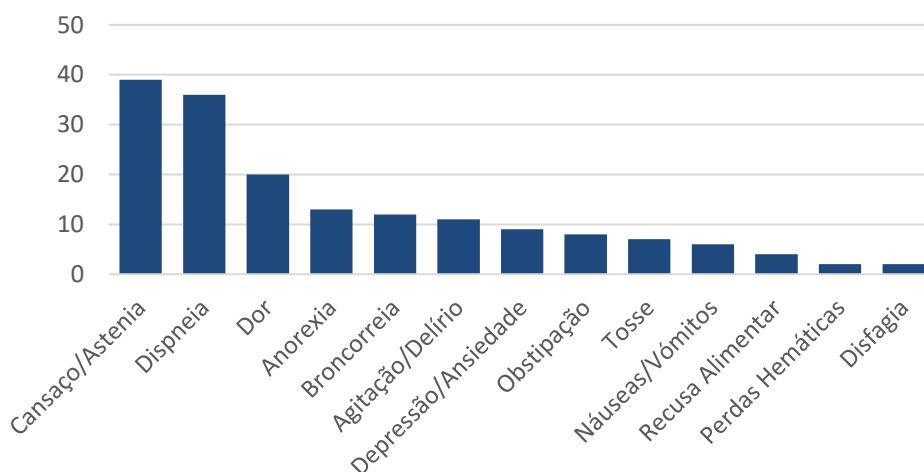


Gráfico 9- Sintomas que motivaram referência à equipa

Importa fazer uma breve nota relativamente ao desenvolvimento de atividade da equipa no Hospital de Dia. É neste local que se asseguram cuidados diferenciados aos doentes que tiveram alta do internamento hospitalar, seguidos em consulta, ou que são referenciados por outras equipas. Durante o estágio, foi possível observar 8 doentes com patologia hepática em tratamento com paracenteses regulares e posterior necessidade de administração de albumina, e 2 doentes com neoplasia gástrica com necessidade de transfusão de unidades eritrocitárias. A realização destes procedimentos no Hospital de Dia permitiu, por um lado, uma melhoria no controlo de sintomas e, por outro, evitou a recorrência ao Serviço de Urgência.

## Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos

A Unidade de internamento de CP do CHTMAD localiza-se em Vila Pouca de Aguiar, funciona num edifício de piso térreo único, com a capacidade de internamento para 15 doentes. Inclui 9 enfermarias, das quais 3 são quartos individuais e as restantes são quartos duplos. Os serviços médicos são assegurados todos os dias da semana e sábados durante o período diurno, presencialmente, e durante o período noturno e domingos, à chamada. Os serviços de enfermagem são assegurados 24 horas durante os sete dias da semana, presencialmente, por equipas rotativas, realizando passagem de turno entre si.

A visita aos doentes internados decorre diariamente, exceto ao domingo, e é realizada pelo médico em conjunto com o enfermeiro assistente e, sempre que possível, também com a enfermeira chefe. Após a visita, a equipa reúne para a discussão de cada situação clínica, sendo elaborado o plano de cuidados individual, de forma conjunta. Por fim, efetuam-se os registos e ajustes terapêuticos, no processo clínico informático do doente.

A unidade de internamento é o local preferencial da equipa para a realização de conferências familiares, uma vez que dispõe de uma sala com ambiente calmo e reservado, reunindo condições de privacidade que permitem uma comunicação aberta e eficaz.

Estas conferências são programadas a pedido dos familiares ou por decisão da equipa, perante a necessidade de transmissão de informação mais detalhada sobre a situação clínica do doente, revisão dos objetivos dos cuidados (por exemplo passagem a cuidados de conforto) com necessidade de avaliar a expectativa dos familiares em relação aos mesmos, e para preparar o processo de alta, atendendo aos recursos de apoio existentes e à ajuda que irá ser necessária.

Ao longo do estágio foram observados em regime de internamento 102 doentes. A maioria era do sexo feminino (n=57; 55,9%), com média de idades de 76,4 anos (mínimo: 33 anos; máximo: 96 anos). Dois dos doentes observados foram reinternados na unidade, durante o período de estágio.

A amostra de pacientes apresentou um elevado grau de dependência, tendo em conta que praticamente todos (n=101; 99,0%) tinham menos de 50% na escala PPS e 95,1% apresentavam ECOG-PS 3 ou 4.

O principal diagnóstico de cada doente foi categorizado, de uma forma genérica, em doença oncológica ou doença não oncológica. No grupo de doentes com doença oncológica (n=65; 63,7%), as neoplasias mais prevalentes corresponderam a doenças do aparelho

digestivo (n=11; 16,9%), seguidas das do sistema respiratório (n=8; 12,3%) e do colorretal (n=7; 10,8%) (Gráfico 10).

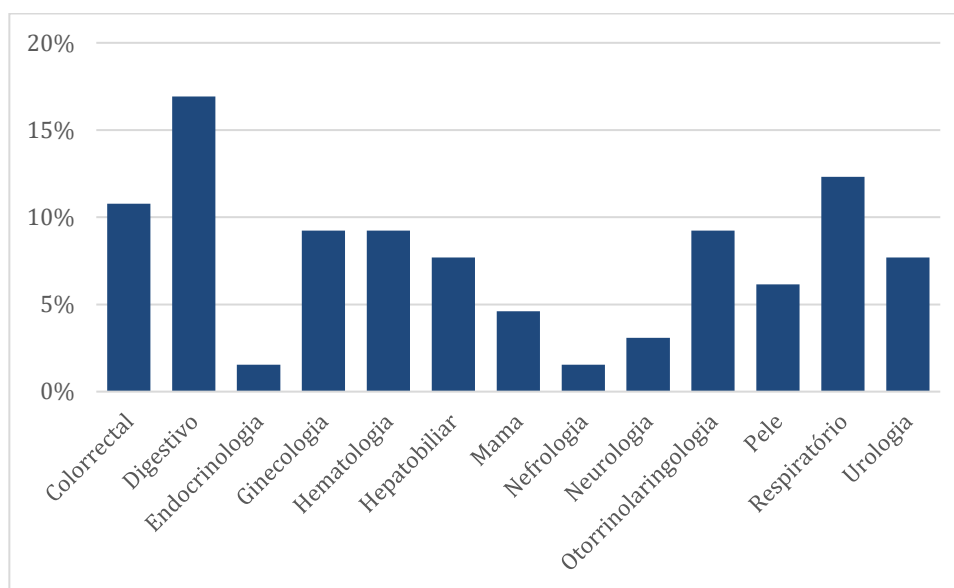


Gráfico 10- Distribuição dos doentes oncológicos por tipo de neoplasia (n=65)

Em relação à doença não oncológica, a grande maioria apresentou patologia neurológica (n=22; 59,5%), seguido de patologia do sistema cardiovascular (n=11; 29,7%) e de patologia respiratória (n=4; 10,8%) (Gráfico 11).

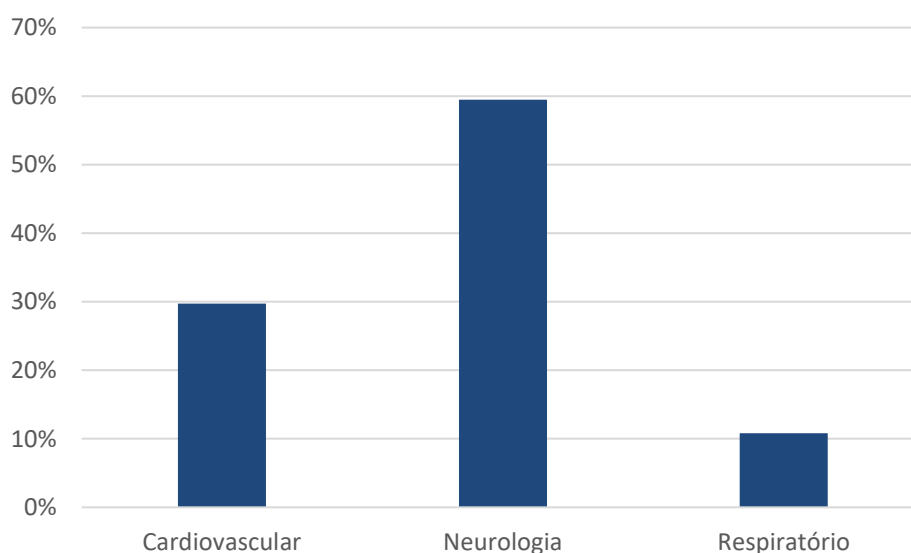


Gráfico 11- Distribuição dos doentes não oncológicos por insuficiência de sistema de órgão (n=37)

Os doentes internados na unidade tiveram como proveniência principal a consulta externa de CP (n=42; 40,4%), seguidos dos que foram encaminhados dos serviços de internamento de outras especialidades, sobretudo da Medicina Interna (n=21; 20,2%), e do Serviço de Urgência (n=28; 27,9%) (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição dos pedidos para internamento de acordo com o serviço

<b>Origem de pedido para internamento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Consulta externa de CP</b>	42	40,4%
<b>Internamento</b>	32	30,8%
Medicina	21	20,2%
Oncologia	3	2,9%
Cirurgia	3	2,9%
Pneumologia	3	2,9%
Hematologia	2	1,9%
<b>Serviço de Urgência</b>	29	27,9%
<b>Outro</b>	1	1,0%
<b>Total</b>	104	100%

Relativamente ao motivo de internamento, foi considerado apenas um motivo principal por cada doente. A maioria dos doentes foi admitida para controlo sintomático (n=54; 51,9%) e para tratamento de doença aguda infecciosa (n=21; 20,2%) (Gráfico 12).

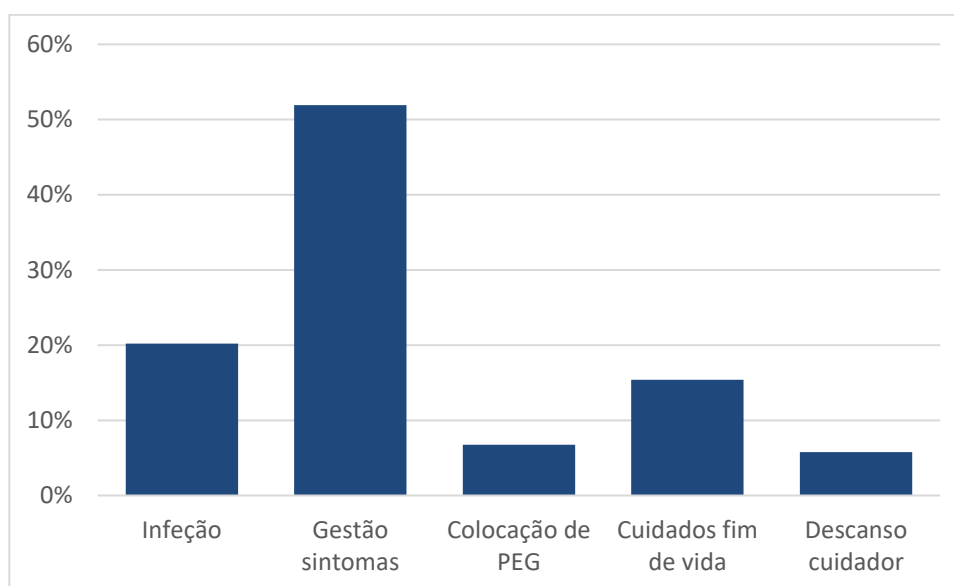


Gráfico 12- Distribuição dos principais motivos para pedido de internamento (n=104)

Legenda: PEG- *Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*

Cada doente apresentou, em média, 1,8 sintomas, e os mais frequentes à admissão foram a dor (n=31; 16,8%), a anorexia/caquexia (n=31; 16,8%), a dispneia (n=26; 14,1%), a astenia/cansaço (n=24; 13,0%) e a agitação/delírio (n=16; 8,7%) (Gráfico 13).

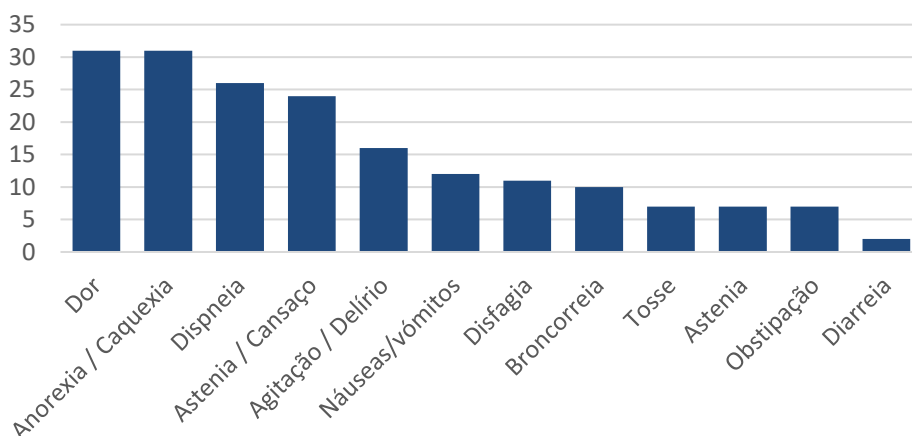


Gráfico 13- Sintomas abordados no dia de admissão ao internamento

O tempo médio de internamento de cada doente foi de 8,5 dias (mínimo: 0 dias; máximo: 44 dias).

Quanto ao destino após o internamento, a maioria dos doentes faleceu (n=58; 55,8%), 27,9% teve alta para o domicílio, 8,7% foi orientado para a uma unidade da RNCCI e 7,7% para uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) (Gráfico 13).

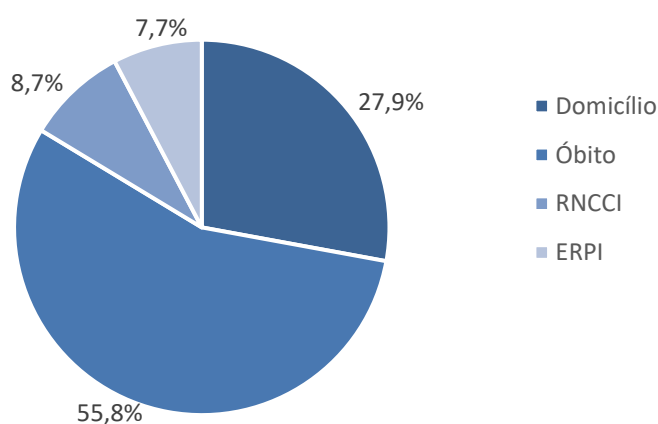


Gráfico 14- Distribuição dos doentes de acordo com o destino à data de alta (n= 104)

Legenda: RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;  
ERPI- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas)

Durante as atividades, no internamento, foi possível assistir a 9 conferências familiares. Estas reuniões, entre a equipa prestadora de cuidados (médico e enfermeiro) e os familiares do doente, demonstraram ser uma oportunidade para partilhar informação e esclarecer dúvidas sobre o diagnóstico, o prognóstico e a previsibilidade de evolução da doença dos pacientes internados, bem como para explicar opções terapêuticas e quais os seus efeitos. Também foram momentos que permitiram clarificar os objetivos dos cuidados, avaliar as

necessidades do cuidador principal e preparar a alta do doente (para domicílio ou para unidade de cuidados continuados, de acordo com as necessidades identificadas).

Ter participado nestas conferências foi uma oportunidade única para observar a aplicação das técnicas de comunicação por parte dos elementos da equipa. A comunicação assertiva e empática promoveu a redução da ansiedade e angústia dos familiares, criando um ambiente de solidariedade entre eles e a equipa.

## Atividade formativa

### Curso Intensivo em Medicina Paliativa

Este curso decorreu entre os dias 8 e 12 de novembro de 2022, num total de 35 horas de formação, com uma prova de avaliação final online. O curso foi ministrado e frequentado em regime de webinar.

Foram abordados os seguintes temas: Feridas malignas e cuidados à cavidade oral; Epidemiologia, definições e princípios dos CP; Conferência familiar; Os cuidadores e o Luto; Controlo de sintomas; Avaliação clínica e comunicação de más notícias; Particularidades do tratamento da dor em CP; Medicação “SOS” para doentes em CP e identificação de situação de últimos dias de vida; Urgências em CP.

Esta atividade formativa revelou-se de grande utilidade e importância uma vez que promoveu o recordar de conceitos teóricos adquiridos no primeiro ano do Mestrado, ao mesmo tempo que complementou a sua componente de estágio.

Todos os temas foram lecionados de forma exaustiva, com lugar para a colocação de questões, sendo um momento propício para o esclarecimento de dúvidas que tinham surgido durante o estágio. A maioria dos temas, além da sua exposição teórica, apresentou também casos clínicos exemplificativos, o que dinamizou as sessões e contribuiu para uma melhor integração dos conhecimentos.

O curso terminou com uma avaliação final com a obtenção da classificação de 19,75 valores.

## Competências e conhecimentos adquiridos no âmbito do estágio

Neste subcapítulo pretende-se expor as competências e conhecimentos que foram adquiridos ao longo do estágio e o seu impacto na prática clínica. Deste modo, para a sua elaboração, serviram de alicerce as competências centrais descritas pela European Association for Palliative Care (EAPC) [9], sendo elas: aplicar os princípios gerais dos CP em qualquer contexto de cuidados onde o doente e a família se encontrem, considerando, cuidando e tratando o paciente de forma personalizada e global; promover o conforto físico ao longo da trajetória de doença, aliviando o sofrimento (dor e outros sintomas) com medidas farmacológicas e não farmacológicas; responder às necessidades psicológicas, sociais e espirituais do doente e família, adequando os cuidados instituídos às suas necessidades individuais, desejos e valores; responder às necessidades dos familiares e/ou cuidadores informais do doente relacionadas com os objetivos de cuidados a curto, médio e longo prazos; responder aos desafios clínicos e processos de tomada de decisão ética em CP; exercer uma coordenação/liderança de cuidados de cariz compreensivo e interdisciplinar em qualquer contexto onde sejam prestados CP; desenvolver competências de comunicação e de relação interpessoais; e promover a autoconsciência e o desenvolvimento profissional contínuos, com reflexão sobre a própria atitude em relação à doença, morte e luto.

Assim, **os CP devem ser prestados no local escolhido pelo paciente e pela sua família, adaptando-se a equipa a esse contexto e às suas necessidades** [9]. De facto, quando se tenciona oferecer um sistema de apoio que permita aos doentes com patologia incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, viverem o melhor e mais ativamente possível até à morte, deve ser conhecido e respeitado o seu local de preferência para a prestação destes cuidados. Atualmente, a maior parte dos CP pode ser efetuada em ambientes generalistas/não especializados, permitindo aos pacientes e suas famílias não fazerem mudanças significativas nas suas circunstâncias de vida [8-10].

No que respeita à população portuguesa, a maioria dos doentes prefere receber cuidados no final da vida na sua casa, lar ou instituição social, hospital e só depois em serviços de cuidados paliativos [11]. Contudo, na área de intervenção do CHTMAD não existiam ECSCP organizadas e estruturadas para prestar estes cuidados no domicílio, pela não existência de recursos humanos nem materiais. A EIHSCP, com dotação mínima de elementos constituintes não conseguia dar resposta a esta lacuna, mas estava sempre disponível para a discussão de

casos com os profissionais dos cuidados de saúde primários, com o intuito de prestar apoio na gestão de sintomas, gestão de terapêutica ou outros assuntos relevantes em doentes paliativos no domicílio. Também com este propósito, realizavam-se reuniões bimensais entre os médicos de família e a EIHSCP.

Quando nos centramos nos cuidados prestados no ambiente da unidade de internamento de CP era evidente o esforço para prover as instalações de um ambiente o mais confortável, aconchegante e respeitador da privacidade possível, desde os quartos (com no máximo de 2 camas) onde se permitia a existência de objetos pessoais decorativos, até ao exterior com a presença de um jardim que promovia experiências ao ar livre, como o convívio dos doentes entre si e também das famílias/cuidadores. Mais ainda, era permitido ao acompanhante do doente permanecer ao seu lado 24 horas, todos os dias da semana.

Apesar dos obstáculos observados para o cumprimento deste objetivo ficou evidente o esforço da adaptação da equipa de CP no sentido respeitar e corresponder aos desejos do doente e das suas famílias.

A **promoção do conforto físico ao longo da trajetória da doença** representa um componente essencial na melhoria da qualidade de vida dos doentes[9]. Para tal, a equipa de CP deve proceder à avaliação e reavaliação regular dos sintomas físicos para depois estruturar um plano individual de cuidados adequado. Em CP, os sintomas têm elevada prevalência, são múltiplos e combinados, evolutivos e variáveis, têm um carácter multidimensional e causas multifatoriais, influenciando negativamente a qualidade de vida do doente[12]. Segundo o National Hospice Study, os 5 principais sintomas em CP são: anorexia, cansaço, dor, dispneia e obstipação, diferindo ligeiramente com o local onde os doentes se encontram (domicílio ou hospital) [12]. Esta informação vai de encontro aos resultados obtidos durante o estágio, e já anteriormente apresentados, onde se verificou que a anorexia, cansaço, dor e dispneia foram os sintomas mais frequentemente referidos pelos doentes na consulta externa e pelos internados no Hospital de Vila Real e na unidade de internamento de CP.

Ao longo deste relatório foram apresentadas prevalências de patologias, sintomas e motivos de internamento, que representam a pluralidade de doenças, oncológicas e não oncológicas, que necessitam de cuidados especializados nesta área. É necessário conhecer a evolução das patologias, os principais sinais e sintomas associados, a sua etiologia e as opções terapêuticas disponíveis. Estes resultados pretenderam representar a multiplicidade e complexidade de patologias e sintomas abordados, em CP, sendo extremamente difícil refletir de forma breve e não exaustiva em cada sintoma, tratamento, efeito secundário. Neste

sentido, dizer apenas que os ajustes terapêuticos efetuados, nas três vertentes de atividade assistencial, tiveram por base a bibliografia (normas e orientações nacionais e internacionais) vigente para controlo de sintomas [12-15], mas também os protocolos da unidade, contexto clínico, critério médico e objetivos relacionados com o paciente e família/cuidador, no sentido de se efetuar a abordagem holística intrínseca aos CP.

Para controlar sintomas e elaborar um plano de cuidados individualizado é necessário, antes de tudo, procurar e avaliar essas queixas de forma sistematizada. Para uma melhor caracterização e abordagem, a intensidade dos sintomas deve ser quantificada com recurso a escalas [12]. A mais utilizada pela equipa era ESAS, que inclui nove itens que foram traduzidos e adaptados para a realidade portuguesa [16]: dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar, cada um avaliado através de uma escala visual numérica, na qual 0 significa ausência de sintoma e 10 corresponde ao pior grau de gravidade do sintoma. A aplicação desta escala em cada observação dos doentes, nos diferentes contextos (consulta externa, apoio ao internamento e unidade de internamento) permitiu, entre outros, perceber o efeito da terapêutica e a evolução da doença, de uma forma mais objetiva. As escalas PPS e a ECOG-PS foram úteis para avaliar a capacidade de realização atividades físicas diárias básicas. Ambas as escalas foram fundamentais para perceber a autonomia do doente à data da primeira observação, permitindo uma melhor orientação nas decisões de tratamento e cuidados, bem como a evolução da sua autonomia com a progressão da doença.

O plano individual de cuidados deve ser global e multidisciplinar, incluindo: a definição clara de objetivos, que devem ser realistas; as medidas não farmacológicas, por exemplo relaxamento e psicoterapia; o tratamento farmacológico, que deve: ser orientado pela fisiopatologia associada ao sintoma, privilegiar a via oral, ser feito de forma regular e contemplar doses de resgate (“SOS”) para episódios de maior intensidade do sintoma; informação e educação ao doente e cuidador; a posologia e via de administração adequadas dos fármacos prescritos; os tratamentos para prevenção e tratamento de crises e os contactos da equipa em caso destes não funcionarem [12]. Neste âmbito é de destacar a entrega da Folha Terapêutica no final de todas as consultas externas (primeiras e subsequentes, sempre que ocorriam ajustes terapêuticos), bem como na alta do internamento. Na Folha Terapêutica constavam: nome do fármaco, com respetiva dose e via de administração, a sua posologia; e a terapêutica de resgate, com respetivas indicações e posologia específica. A entrega deste documento de apoio escrito, foi sempre acompanhada de uma explicação verbal e

esclarecimento de dúvidas por parte da médica, com linguagem adequada a cada doente e seu cuidador.

Nas atividades clínicas em contexto de internamento, salienta-se o manuseio de fármacos opióides e dos fármacos adjuvantes. A necessidade de formação específica em fármacos opióides é grande, no nosso país (o tema não é tratado nem na “pré” nem na pós-graduação ou especialidades médicas, de forma sistemática) [17], daí a importância fulcral da realização deste estágio que colmatou esta lacuna.

No que se refere a vias de administração de terapêutica farmacológica, deve-se sempre dar preferência às vias mais cómodas e menos invasivas. No entanto, a complexidade do doente limita por vezes as vias disponíveis, levando à utilização de vias alternativas, tais como a via subcutânea. A via de administração subcutânea de fluídos (hipodermóclise) e fármacos tem vindo a ter uma utilização cada vez mais importante em contexto de CP [17]. Neste sentido, foi possível praticar a prescrição de fármacos para administração subcutânea, conhecendo os que são passíveis de utilizar através da mesma, o perfil de compatibilidade entre fármacos, assim como com as suas particularidades na dose a prescrever.

De notar que, em CP, tão importante como o correto manuseamento dos fármacos indispensáveis ao tratamento de sintomas, é a desprescrição dos que são considerados fúteis. Nomeadamente, após a identificação da fase agónica, deve haver uma mudança de objetivos de terapêutica com a suspensão de terapêutica irrelevante [12]. A atividade na unidade de paliativos foi fundamental para praticar a desprescrição de fármacos em doentes em fim de vida, e a atividade com a EIHSOP permitiu praticar a simplificação terapêutica em circunstâncias em que os danos causados pelos fármacos ultrapassavam os benefícios para o doente. Portanto, a desprescrição deve ser aplicada e enquadrada num processo ético-clínico global, considerando a adequação dos objetivos de cuidados e do esforço terapêutico. Como tal, é imperativa a reavaliação terapêutica regular para se aplicar as recomendações existentes para diversos grupos farmacológicos, de acordo com a situação clínica do doente mais atualizada [18].

Centrando os cuidados no final da trajetória da doença – cuidados de fim de vida - designa-se por “Situação de Últimos Dias ou Horas de Vida” o estado que precede a morte e que surge na sequência da progressão de uma doença crónica avançada. A sua duração é de horas a dias, podendo excepcionalmente estender-se até 12 dias. Implica a ausência de causas reversíveis para o processo de deterioração do doente, nomeadamente toxicidade opióide, desidratação, insuficiência renal, infeção e hipercalcemia. De referir que não há nenhuma escala ou exame complementar que identifique inequivocamente esta fase [12].

São manifestações típicas da fase de Últimas Horas ou Dias de Vida: deterioração do estado físico, com fadiga e fraqueza progressivas; anorexia/recusa alimentar, com diminuição da alimentação e hidratação orais; dificuldade progressiva na deglutição com disfagia para líquidos, culminando na incapacidade para deglutir; oscilação/diminuição do estado de consciência; - delirium. Pode ocorrer retenção urinária aguda. Podem existir sintomas psicoemocionais ( por exemplo: ansiedade, crises de medo ou pânico) e por vezes a percepção emocional, verbalizada ou não, da proximidade da morte [12]. São manifestações tardias (que ocorrem nos 3 dias antes da morte): respiração de Cheyne-Stokes e períodos de apneia; estertor; débito urinário < 100 ml em 12 horas; movimento mandibular respiratório; ausência de pulso radial. [12].

Após a identificação desta fase, deve haver uma mudança de objetivos: na monitorização de sintomas e sinais (suspensão da monitorização de tensão arterial, pulso ou saturação periférica de oxigénio, mantendo-se a monitorização de temperatura, uma vez que a febre pode causar desconforto ao doente); na terapêutica, privilegiando-se a terapêutica sintomática, e suspendendo-se a terapêutica irrelevante ou “fútil”; no plano de cuidados - o objetivo principal dos cuidados é proporcionar conforto e promover a máxima dignidade de vida, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte. Nesta fase o apoio à família é fundamental, devendo ser intensificado [12, 13].

As atividades realizadas na unidade de internamento de CP foram ricas no contacto com doentes em fim de vida, proporcionando a observação e a aplicação dos objetivos acima descritos. Este exercício revelou-se uma mudança de paradigma pessoal, no sentido em que se fomentou a alteração do raciocínio clínico da “medicina do curar” para a “medicina do cuidar” e corrigiu a prática errada, e anteriormente tantas vezes usada, da obstinação terapêutica.

Não obstante a importância do alívio do sofrimento físico, o controlo sintomático de um doente em CP não se esgota nesse domínio. Também compete à equipa de CP a capacidade de **responder às necessidades psicológicas, sociais e espirituais do doente e família, adequando os cuidados instituídos às suas necessidades individuais, desejos e valores**[9].

Desta forma, a vertente psicológica deve ser sujeita a uma avaliação frequente e atenta, sendo essencial o apoio especializado de um profissional da área. Em CP, o psicólogo apresenta várias áreas de intervenção além do alívio do sofrimento psicológico, como guiar o processo de facilitação da tomada de decisão, de resolução de problemas, assuntos pendentes e promover as despedidas, potenciar a comunicação doente - família/cuidador,

reconhecer as causas de stress e intervir de forma a reduzir as mesmas, assim como na alteração de humor e sintomatologia ansiosa, facilitar o processo adaptativo, promovendo estratégias de coping e recursos internos adequados, reforçar e validar o papel desempenhado pelos cuidadores como coterapeutas ao nível emocional, ajustar expectativas à realidade, facilitar a aceitação da situação pelos familiares, entre muitos outros [19].

Na atividade em consulta externa foram identificadas 3 situações de conspiração de silêncio e 1 situação de doente na fase de negação da sua doença oncológica, de diagnóstico recente. Além da abordagem destas situações na própria consulta, com os doente e familiares/cuidadores, todos foram referenciados à consulta de psicologia de CP. Infelizmente, pelo carácter privado desta consulta e para não interferir na relação psicólogo-utente não foi permitido assistir a estas consultas. Não obstante, a observação da interação entre os restantes elementos da equipa de CP e os doentes e familiares/cuidadores já constituiu, por si só, um momento de aquisição de novos conhecimentos na gestão destes problemas.

Efetivamente, todos os profissionais de CP precisam de identificar e compreender as necessidades psicológicas dos pacientes e suas famílias, devendo ser capazes de oferecer uma breve intervenção de apoio, de acordo com a sua especialidade e conhecimentos. Bons cuidados psicológicos requerem competências sólidas de avaliação de casos, competências para gestão de problemas de cariz sensível e discernimento clínico especializado [9], o que sustenta a importância da existência de um psicólogo nas equipas de CP.

Relativamente ao apoio de um assistente social, este apresenta um papel fulcral, nomeadamente no planeamento de altas, articulação com instituições e apoios na comunidade, informação sobre direitos e deveres, estatutos e subsídios do doente e cuidador. A resolução de problemas sociais melhora a qualidade de vida tanto do doente, como dos seus cuidadores. Neste âmbito, os profissionais de CP devem ser capazes de: compreender o contexto social dos pacientes e das suas famílias e o impacto desse contexto na experiência de receber CP; fornecer aos pacientes informações sobre os benefícios e direitos disponíveis no âmbito dos cuidados de saúde e sociais; capacitar os pacientes para gerirem os seus assuntos pessoais, de forma informada [9]. Durante o estágio, o contacto com a assistente social da equipa efetuou-se apenas por telefone, no sentido de sinalizar doentes e/ou famílias com problemas sociais que necessitavam de apoio especializado na sua resolução. Posteriormente, a assistente social geria cada caso após reunião com os doentes e/ou famílias identificados.

O cuidado espiritual deve ser parte integrante da prestação de CP. De salientar que as necessidades espirituais podem ou não ser abordadas através de uma prática religiosa, sendo o encaminhamento para um conselheiro espiritual (religioso ou não) uma atitude apropriada, sobretudo se os profissionais de saúde não tiverem a confiança necessária para discutir questões espirituais com pacientes e famílias [9].

A espiritualidade consiste na avaliação dos aspetos não materiais da vida e nas interiorizações de uma realidade duradoura, ou de outra forma são os princípios de uma vida pessoal animados e influenciados por uma relação transcendental com Deus ou com algo que transcende o próprio ser. Deste modo a espiritualidade envolve as relações consigo próprio, com o outro, com algo acima de si (transcendência) e com a natureza, contribuindo decisivamente para o bem-estar por ser importante força cuidadora e recuperadora [20].

De uma forma geral, os profissionais de CP devem ser capazes de: integrar as necessidades espirituais, existenciais e religiosas dos pacientes e das famílias no plano de cuidados, respeitando a escolha de não se focarem nesse aspeto do cuidado, se assim o desejarem; proporcionar oportunidades para que os pacientes e as famílias expressem as dimensões espirituais e/ou existenciais das suas vidas de maneira solidária e respeitosa; estar conscientes dos limites que podem precisar de ser respeitados em termos de tabus culturais, valores e escolhas [9].

A equipa de CP do CHTMAD dispõe do apoio de um capelão que presta os seus cuidados não só a doentes paliativos, mas a todos os doentes internados e famílias que o requisitem. No âmbito dos CP, os seus serviços foram requeridos sobretudo para confissões e extrema unção. Infelizmente, não existia no centro hospitalar outros conselheiros espirituais capazes de responder a necessidades não religiosas ou de outra religião diferente da católica. Contudo, durante os 3 meses de atividade não contactei com pessoas que tivessem pedido esses cuidados.

Compete à equipa de CP **responder às necessidades dos familiares e/ou cuidadores informais do doente relacionadas com os objetivos de cuidados a curto, médio e longo prazos** [9]. Os cuidadores/familiares são os prestadores de cuidados na maior parte do tempo de vida dos doentes, e são também o elo entre os pacientes e os profissionais da equipa. É essencial que o seu papel seja apoiado e reforçado sempre que possível, e que os desafios e potenciais conflitos do cuidado sejam reconhecidos e abordados adequadamente. Este apoio deve estender-se à fase do luto [9].

Os profissionais de CP devem ser capazes de reconhecer e apoiar os cuidadores/familiares que possam estar em risco de ou já em sofrimento por exaustão do cuidador [9]. Durante o estágio, os 6 casos de exaustão de cuidador foram identificados na consulta externa de CP, motivando a referência do doente para a UCP.

Os profissionais da equipa de CP também devem estar alerta para o reconhecimento de cuidadores informais, no sentido de os apoiar e orientar de acordo com os seus direitos legais. A Portaria n.º 2/2020 de 10 de janeiro regulamenta os termos do reconhecimento e manutenção do Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. De acordo com esta portaria “cuidador informal” é o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta, cumprindo os deveres referidos no artigo 6.º do Estatuto; “Cuidador informal principal” corresponde ao cuidador informal que acompanha e cuida a pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. Este estatuto visa, entre outros direitos, proteger quem cuida de pessoas de forma não profissional, permitindo-lhe períodos de descanso, conciliação com a vida profissional e até recurso a apoio psicológico sempre que o considere necessário.

Os profissionais de CP devem estar aptos a **responder aos desafios clínicos e processos de tomada de decisão ética em CP** [9], nomeadamente dilemas éticos e morais desafiadores, incluindo questões sobre hidratação e nutrição parentérica, sedação, suicídio assistido por médico e/ou eutanásia. Da mesma forma, todos os profissionais devem ter um entendimento profundo do seu próprio código deontológico e de como ele se relaciona com a prestação de CP [9].

Muitas das competências necessárias para abordar esses dilemas foram ensinadas durante o primeiro ano de Mestrado em CP e, portanto, sendo a aplicação dessas competências, no contexto da prática dos CP, a fase seguinte. No entanto, durante o estágio foi reconhecida a necessidade de adquirir conhecimentos e formação adicionais, no sentido de gerir corretamente e com maior confiança os problemas éticos que surgiram durante o estágio. Tomando como exemplo as situações de decisão de início ou suspensão de nutrição parentérica, de suspensão de tratamentos de transfusão de unidades eritrocitárias ou de início de sedação paliativa, ficou patente a necessidade de mais estudo e experiência profissional para a sua gestão.

De uma forma geral, a realização do estágio salientou que os profissionais de CP devem ser capazes de: agir em conformidade com os princípios bioéticos, os quadros legais nacionais e internacionais e os desejos e valores dos pacientes; promover a autonomia dos pacientes, em equilíbrio com outros princípios bioéticos como a beneficência, a não-maleficência e a justiça; apoiar os pacientes a expressarem as suas preferências e desejos sobre os seus cuidados e tratamentos ao longo da trajetória da doença; permitir que os pacientes, famílias e cuidadores façam parte do processo de tomada de decisão; estar cientes de que o cuidado ético mais adequado nem sempre pode coincidir com os desejos e preferências dos pacientes [9]. Um exemplo que ilustra a respeito o cumprimento dos desejos, pela preservação da autonomia, da pessoa doente, e que os elementos de uma equipa de CP devem conhecer é a Lei n.º 25/2012 - que regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital [21].

As diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente [21]. Do mesmo modo, os profissionais em CP saber que qualquer pessoa pode nomear um procurador de cuidados de saúde, atribuindo-lhe poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber, ou a não receber, pelo outorgante, quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente [21]. Então, o conhecimento destas ferramentas é crucial para os profissionais em CP por proporcionar, entre outros, o respeito pela autonomia do paciente e pela sua tomada de decisão, sendo também um facilitador da comunicação no planeamento de cuidados de fim de vida.

Lamentavelmente, durante o estágio, não contactei com qualquer doente que tivesse mostrado interesse nem requisitado este direito.

Cada elemento da equipa de CP deve ser capaz de **exercer uma coordenação/liderança de cuidados de cariz compreensivo e interdisciplinar em qualquer contexto onde sejam prestados CP** [9]. Para fomentar e preservar a continuidade de cuidados entre os diferentes serviços e locais de cuidados, é necessário assegurar que exista um percurso claro que delineie os papéis específicos dos membros da equipa e as responsabilidades pela coordenação dos

cuidados, reconhecendo as contribuições reais e/ou potenciais de outros profissionais. A aprendizagem interdisciplinar também contribui para uma melhor compreensão das responsabilidades, papéis e funções dos vários elementos prestadores de cuidados. Os profissionais de CP devem ser capazes de: fornecer todo o apoio necessário durante as transferências dos pacientes entre os diferentes contextos de cuidados; promover o trabalho em equipa interprofissional; ser capazes de identificar as responsabilidades dos diferentes membros da equipa na planificação e prestação de cuidados aos pacientes e famílias; oferecer aos pacientes e cuidadores/familiares o modelo de cuidados mais apropriado em relação às suas necessidades [9].

Uma equipa de CP, pela premissa de ser constituída por e pelo frequente contacto com profissionais de saúde de diferentes áreas, exige que cada elemento saiba trabalhar em grupo.

Tal foi bem evidente, durante todo o estágio, sobretudo nas situações em que foi exigida uma articulação eficaz com outras equipas. Por exemplo, no que concerne à atividade da EIHS CP, nomeadamente na realização de ajustes terapêuticos para controlo de sintomas, na maioria das vezes, a médica e a enfermeira da equipa discutiam o plano de cuidados com os seus pares da equipa assistente do doente.

O desenvolvimento de **competências de comunicação e de relação interpessoais** é essencial para a aplicação dos princípios dos CP e para a prestação destes cuidados. Elas são particularmente importantes quando é necessário dar más notícias, informar sobre a tomada de decisões difíceis (por exemplo: interrupção do tratamento), lidar com circunstâncias ambíguas ou incertas e quando surgem emoções fortes e angústia [9].

Os profissionais de CP devem ser capazes de: de construir uma relação terapêutica com os pacientes e cuidadores/familiares; promover uma melhor comunicação dentro da equipa e com outros colegas profissionais; escolher métodos apropriados de relacionamento e interação com doentes e/ou familiares/cuidadores, adequando a linguagem à idade, desejos e capacidades intelectuais dos mesmos, e através da verificação da compreensão das decisões tomadas; interpretar adequadamente os diferentes tipos de comunicação (por exemplo, verbal, não verbal, formal e informal) dos pacientes e cuidadores/familiares; utilizar diretrizes para dar más notícias; adaptar a linguagem às diferentes fases da doença, sendo sensível às questões culturais e evitando o uso de termos técnicos; apoiar as decisões informadas das pessoas e respeitar o nível de informação que desejam receber e o que desejam partilhar com a família/cuidadores [9]. É importante ter em conta que estas são apenas linhas orientadoras.

A área da comunicação é vasta, depende da variabilidade individual de cada profissional e o seu conhecimento exige programas de treino especializados e prática clínica [12].

Na prática clínica, a comunicação começava logo no momento da apresentação de cada um dos elementos da equipa ao doente e família, promovendo a proximidade entre todos. Além disso, todos os dias houve oportunidade para observar e praticar as competências básicas da comunicação, sobretudo na relação médico-doente. A “escuta ativa” foi aplicada sempre durante a entrevista clínica, encorajando o doente a falar (por ex: “Quero ter a certeza de que estou a conseguir perceber tudo o que está a sentir. Vamos começar pela falta de ar, pode explicar melhor, sente durante todo o dia e sempre com a mesma intensidade?”). A prática da “compreensão empática” também auxilia no estabelecimento de um ambiente de confiança e apoio, essencial para o cuidado de doentes paliativos (por ex: “Consigno compreender que deve estar a ser muito difícil lidar com toda esta situação. Estou aqui para ajudar no que for preciso.”).

Relativamente à comunicação não verbal, é sabido que representa 75% de toda comunicação. As pistas não verbais emitidas pelos doentes não devem ser ignoradas pois são habitualmente mais genuínas e transmitem mensagens que não são expressas verbalmente [12]. Do lado dos profissionais de saúde, o ato de se sentarem junto do doente, colocando-se na cabeceira ao seu nível, demonstrava disponibilidade e interesse genuíno.

Esta experiência proporcionou ainda importantes momentos de aprendizagem no que diz respeito à comunicação de más notícias, uma das tarefas mais desafiantes da prática clínica.

A comunicação de más notícias requer treino adequado. Como guião orientador poderá ser utilizado o modelo de Buckman composto por 6 passos: conseguir o ambiente correto; descobrir o que o doente já sabe; descobrir o que o doente quer saber; partilhar a informação; responder às emoções do doente; organizar e planificar. É uma base de trabalho, flexível e adaptável, a cada doente e a cada situação em particular [12].

Apesar da participação em conferências familiares, durante o estágio, ter sido em número reduzido, foi uma experiência rica na observação da aplicação de várias técnicas de comunicação como a transmissão de informação clínica com clareza e simplicidade (sem recurso a termos técnicos), a utilização do *feedback* (por exemplo, para assegurar que o plano de cuidados após alta foi bem compreendido pelo cuidador) e a comunicação de más notícias.

Em suma, uma boa comunicação é essencial para a prestação de cuidados de alta qualidade e influencia a taxa de recuperação do doente, diminuição do sofrimento, adesão ao tratamento e adaptação psicossocial [12].

Por fim, um profissional de CP deve **promover a autoconsciência e o desenvolvimento profissional contínuos, com reflexão sobre a própria atitude em relação à doença, morte e luto**. Nesse sentido, devem ser procuradas oportunidades para adquirir mais conhecimentos, sempre que disponíveis. Parte dessa aprendizagem deve incluir a autoconsciência (por exemplo, saber como desenvolver práticas seguras; compreender os limites das próprias competências; e saber quando referenciar para outro profissional de saúde, com o intuito de preservar o melhor interesse dos pacientes e das suas famílias). O impacto sobre o profissional de saúde que cuida de pessoas com doenças graves ou incuráveis, em fase avançada ou progressivas deve ser reconhecido e devem ser identificadas formas de fortalecer a resiliência e prevenir o esgotamento e a fadiga por compaixão. Isto pode ser alcançado através de estratégias de supervisão entre pares estruturadas ou informais [9]. Por exemplo, uma das atividades que respondem a esta necessidade é a participação em atividades organizadas pela Associação Compassio, sendo objetivo futuro a participação nos seus *workshops*.

Concluindo, de forma geral, os objetivos inicialmente propostos foram, de uma forma geral, atingidos. Os conhecimentos aplicados e as competências adquiridas, serão, sem dúvida alguma, uma mais valia na prática clínica futura.

# COMPONENTE CIENTÍFICA

## Introdução

Os CP são destinados a doentes em sofrimento por patologia grave, incurável e/ou em fase avançada, independentemente da sua idade e do diagnóstico. São cuidados globais, ativos e coordenados, prestados tanto durante o internamento como no domicílio, ao utente e à sua família [1, 7]. Estes pacientes podem beneficiar do alívio da dor em todas as fases da sua doença, pelo que os CP devem ser requisitados precocemente e não apenas no fim da vida [14].

Em Portugal, o número estimado de pessoas com necessidades paliativas aumentou de 71500 a 85000, em 2017 [4], para 81553 a 96918, em 2021 [7]. Esta progressão é consistente com o envelhecimento populacional e as doenças a ele associadas, nomeadamente as degenerativas e as oncológicas, e reflete a previsibilidade do incremento de doentes com necessidades paliativas, independentemente até do aumento paralelo da prevalência de doenças crónicas [6, 7]. Por isso, é cada vez mais importante o papel da RNCP no sentido de assegurar o acesso atempado e equitativo dos doentes e suas famílias aos CP em todo o território nacional [1].

Esta rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde, baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de CP, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários. São equipas prestadoras de CP as UCP, as EIHSCP e as ECSCP [1].

Uma EIHSCP presta serviços no hospital, sendo uma das suas várias atividades a consultoria. O trabalho de consultoria envolve a prestação de aconselhamento e apoio diferenciados aos profissionais dos serviços do hospital e aos doentes e suas famílias [1]. Os elementos destas equipas apresentam, portanto, competências que os capacitam para a gestão de doentes com necessidades complexas (físicas, psicológicas, sociais e/ou espirituais), às quais a equipa assistente não consegue dar resposta (sintomas persistentes, situações familiares difíceis, dilemas éticos em relação a tratamentos, entre outras). Salieta-se a especialização destas equipas na abordagem e promoção do conforto físico, ao longo da trajetória de doença, bem como o alívio da dor e outros sintomas [4, 9].

A avaliação do impacto da intervenção de uma equipa de CP é mais complexa do que em outras áreas da saúde, pois o principal *outcome* é a melhoria da qualidade de vida dos doentes. No entanto, tal pode ser possível com recurso à utilização de indicadores de qualidade, que possibilitam a avaliação objetiva e sistematizada do cuidado ao doente e à família nos serviços de CP [22]. Pela natureza holística dos CP, os indicadores de qualidade

devem organizar-se em oito grandes domínios [2, 22, 23], dos quais se destaca o dos “aspectos físicos do cuidar”, que inclui, entre outros, a avaliação e registo de sintomas, com recurso a instrumentos estandardizados e validados, nas primeiras 48 horas de admissão à equipa; a utilização dos opióides para o controlo da dor, segundo as recomendações da OMS; a reavaliação dos sintomas/problemas físicos em todas as consultas/visitas; ajustamento do plano terapêutico em função do controlo sintomático, até 24-48 horas após o início ou alteração da terapêutica; e diminuição, nas primeiras 48 h, em 50% da intensidade dos sintomas [22, 24].

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a dor é um dos sintomas mais frequentes e graves nos pacientes que necessitam de CP, tanto nos doentes oncológicos como nos não oncológicos [25]. A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre, existindo uma grande variabilidade na sua perceção e expressão, face a uma mesma estimulação dolorosa [26]. Para a melhor compreensão e abordagem deste complexo sintoma é necessário caracterizá-lo, considerando as suas determinantes temporal, localização, intensidade, qualidade, fatores atenuantes e exacerbantes, se é aguda, crónica ou recidivante, e avaliar as fontes primárias e secundárias do influxo nociceptivo [27].

Considerando particularmente a intensidade da dor, apesar de ser subjetiva e individual, a sua avaliação pode efetuar-se através da aplicação de uma escala validada que, deve ser sempre a mesma, para o mesmo doente. Neste sentido, em 2003, a Direção Geral da Saúde, através da sua circular normativa n.º 09/DGCG, reconhece a dor como o 5º Sinal Vital e considera como boa prática o registo sistemático da avaliação da intensidade da dor [26].

Assim, perante doentes conscientes e colaborantes, a utilização da Escala Numérica da Dor é uma opção para a avaliação da intensidade da dor. Esta escala consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (dor de intensidade máxima imaginável) [26]. Para doentes não colaborantes ou com comunicação diminuída, pode aplicar-se a Escala de Avaliação da Dor na Demência Avançada (PAINAD). Trata-se de uma escala de heteroavaliação, já validada para a população portuguesa, que permite avaliar a dor em repouso e durante os cuidados, sem necessidade de conhecer as manifestações habituais da pessoa. A escala é composta pelos indicadores respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade, cada um deles pontuado de 0 a 2 pontos. Os

valores mais altos indicam maior intensidade de dor, até à classificação máxima de 10 pontos [28].

A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente [26]. Desta forma, e de acordo com recomendação pela OMS, a equipa de CP deve ter disponível analgésicos opióides para controlo da dor [27].

As regras para o uso de opióides na gestão da dor crónica oncológica foram estabelecidas e aprovadas pela OMS. Baseiam-se na escada analgésica de três degraus, que tem na base os medicamentos analgésicos anti-inflamatórios não esteróides e outros analgésicos, no degrau intermédio os opióides designados por fracos e no topo da escada os opióides designados por fortes. A qualquer um daqueles degraus pode adicionar-se medicamentos ditos adjuvantes, como corticoides e anticonvulsivantes [12, 27, 29, 30]. Embora inicialmente elaborada para tratamento da dor oncológica, rapidamente os princípios desta escada foram adotados pelas associações científicas especializadas no controlo da dor de origem não oncológica, baseando-se na eficácia demonstrada em ensaios clínicos controlados e em revisões sistemáticas da literatura [17, 29-31]. Assim, seguindo as recomendações de um grupo internacional de especialistas, a escada analgésica da OMS sofreu várias modificações ao longo dos anos e é atualmente aplicada não só na gestão da dor oncológica, mas também em condições dolorosas não oncológicas [30, 32]. Esta estratégia proporciona uma abordagem paliativa simples, reduzindo a morbilidade relacionada com a dor em 70% a 80% dos pacientes, independentemente da patologia subjacente à dor [30]. Admitindo a importância da utilização de opióides no controlo algico dos doentes em Portugal, no ano de 2008, os despachos 10279/2008 e 10280/2008, de 11 de março definiram as condições de dispensa, comparticipação e utilização de medicamentos opióides prescritos para o tratamento da dor oncológica e não-oncológica, moderada a forte [3].

Tendo em conta que um dos princípios pelos quais se regem os CP é o conhecimento diferenciado da dor [1], pretendeu-se com este trabalho objetivar e analisar o impacto da intervenção da EIHS CP na gestão deste sintoma.

## Objetivos

- Caracterizar os doentes internados no Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro – Unidade de Vila Real (CHTMAD-UVR) observados pela EIHS CP que apresentavam dor, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2022;
- Analisar o impacto da terapêutica instituída pela EIHS CP no controlo da dor dos doentes observados.

## Metodologia

Para a realização deste trabalho foi elaborado um estudo observacional, retrospectivo, descritivo e analítico.

Para a população do estudo foram considerados todos os pacientes adultos internados nos serviços do CHTMAD – UVR, com pedido de colaboração efetuado à EIHSCP, no período de 1 de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2022.

A amostra integrou os doentes observados pela EIHSCP que apresentavam dor, como sintoma isolado ou associado a outros sintomas. Sendo que foram considerados critérios de inclusão os doentes com: idade igual ou superior a 18 anos; presença de dor, como sintoma isolado ou associado a outros sintomas, na primeira observação pela EIHSCP. Foram considerados critérios de exclusão: doentes que não apresentavam dor; doentes não observados ou não reavaliados, às 48 horas após a primeira observação, pela equipa.

A recolha de dados demográficos e clínicos foi efetuada com recurso à informação que constava nos registos dos programas informáticos SClínico® e Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia (GHAF®). Após obtenção da amostra de doentes, foi criado um documento no qual foi atribuído um código a cada processo, tendo a chave do mesmo sido armazenada num local seguro pelos investigadores. O código por si só não permitia a identificação dos participantes. Os dados recolhidos não contemplaram, assim, elementos identificativos, garantindo a anonimização dos participantes, confidencialidade no registo e tratamento de dados, por forma a cumprir a Lei nº12/2005 de 26 de Janeiro - Informação genética pessoal e informação de saúde [33]. Foi criada uma folha Microsoft Excel® na qual foram preenchidos e catalogados os dados considerados relevantes para o estudo. Os dados serão usados apenas para o presente estudo. O projeto de estudo foi submetido à Comissão de Ética do CHTAMD, com parecer favorável.

Para avaliação da performance dos doentes, foram aplicadas as escalas PPS e a ECOG-PS.

Na primeira avaliação dos doentes pela EIHSCP foram recolhidos dados relativos à situação clínica antes da intervenção da equipa, sendo eles: sintomas não controlados, terapêutica administrada para controlo da dor e o valor da intensidade da dor. Nessa mesma avaliação a equipa procedeu a ajuste terapêutico, o qual também foi registado no banco de dados para posterior análise.

Na consulta de reavaliação, ou seja, 48 horas após a primeira observação, foram avaliados novamente os valores da intensidade da dor, utilizados para a análise da intervenção da equipa.

A intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita. Foi avaliada pela equipa com recurso à aplicação das escalas Numérica da Dor [26] e escala PAINAD [28]. Em ambas as escalas, o valor 0 corresponde a ausência de dor e 10 a dor intensa, sendo posteriormente, o valor registado no programa informático hospitalar SClinico®. Os dados obtidos para o estudo corresponderam a registos da intensidade da dor que ocorreram em dois momentos: na primeira avaliação do doente e na sua reavaliação (que ocorreu 48 horas após a primeira avaliação/intervenção da equipa).

Os ajustes terapêuticos recolhidos correspondem aos realizados na primeira observação pela equipa. A atuação da equipa foi baseada na bibliografia vigente para controlo de dor com uso de opioides [12, 15, 17, 29], mas também nos protocolos da unidade, contexto clínico, critério médico e objetivos relacionados com o paciente.

As variáveis demográficas selecionadas foram idade e sexo dos doentes.

Relativamente às variáveis clínicas foram selecionadas para o estudo: pontuações à data de primeira observação nas escalas ECOG-PS e PPS; diagnóstico principal (doença oncológica ou doença não oncológica); sintomas associados à doença; terapêutica para dor à data da primeira observação e respetiva alteração terapêutica pela EIHSCP; pontuações nas escalas da dor relativas à primeira observação e à reavaliação.

## Análises estatísticas

A análise estatística foi efetuada com o apoio dos softwares IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 29.0, e Microsoft Excel®.

Foi realizada a estatística descritiva, nomeadamente frequências e percentagens, das variáveis idade; sexo; pontuações à data de primeira observação nas escalas ECOG-PS e PPS; diagnóstico de doença oncológica; diagnóstico de doença não oncológica; sintomas associados à doença; terapêutica para dor à data da primeira observação e respetiva alteração terapêutica pela EIHSCP.

Foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon para comparar a intensidade da dor antes e após a intervenção da EIHSCP. O resultado obtido será definido como principal *outcome* do impacto da atuação da equipa.

## Resultados

A população do estudo foi constituída por todos os pacientes adultos internados nos serviços do CHTMAD – UVR, com pedido de colaboração efetuado à EIHS CP (n=438), dos quais foram identificados 148 que cumpriam os critérios de inclusão. Destes, foram excluídos 11 doentes por não terem tido uma primeira avaliação pela equipa e 33 por não terem sido reavaliados 48 horas após a primeira observação. Assim, obteve-se uma amostra composta por 104 doentes, sendo a maioria (n= 61; 59%) do sexo masculino, com idade média de 74 anos (mínimo: 39 anos; máximo: 98 anos).

No que concerne à caracterização da performance dos doentes da amostra obteve-se uma média de 34% na PPS (mínimo: 10%; máximo: 80%) e 3 na ECOG-PS (mínimo: 1; máximo: 4).

O principal diagnóstico de cada doente foi categorizado, de uma forma genérica, em doença oncológica ou doença não oncológica. No grupo de doentes com doença oncológica (n= 78; 75%), as patologias mais prevalentes foram a neoplasia do pulmão/pleura (n= 27; 35%) e a neoplasia do intestino delgado/colorretal (n= 16; 21%) (Gráfico 14).

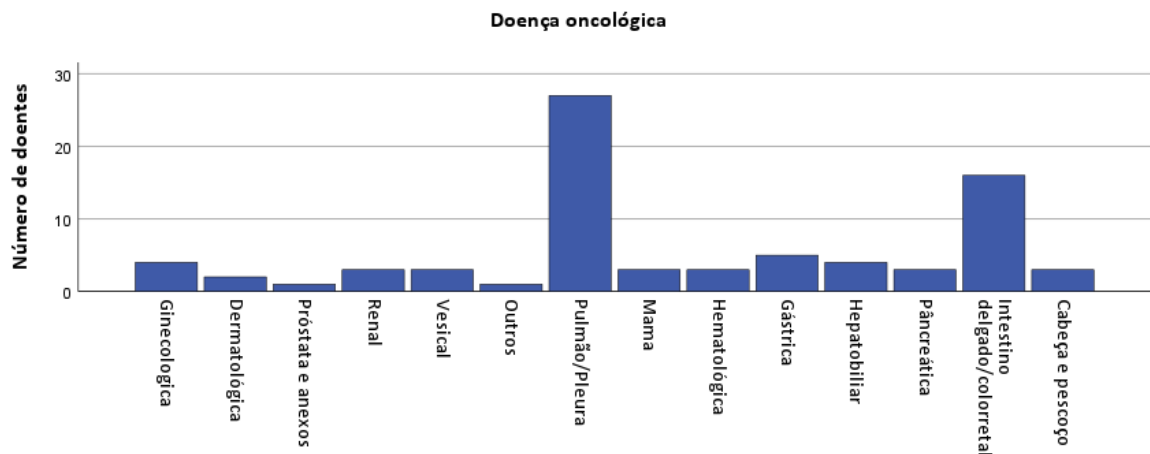


Gráfico 15- Distribuição dos doentes oncológicos por tipo de neoplasia

Relativamente aos de doentes com doença não oncológica (n= 26; 25%), as patologias dos aparelhos respiratório e neurológico foram igualmente as mais frequentes (n= 7; 27%, respetivamente) (Gráfico 15).

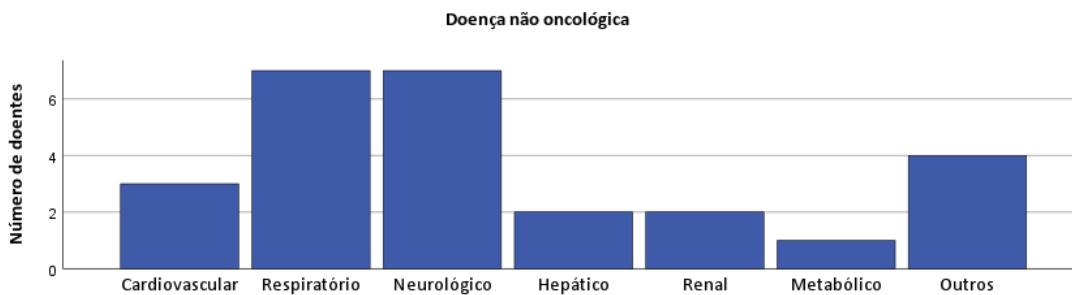


Gráfico 16- Distribuição dos doentes não oncológicos por insuficiência de sistema de órgão

Na primeira avaliação dos doentes foram registados os sintomas não controlados, num total de 276 sintomas abordados. Foram em número superior ao número de doentes uma vez que estes podem apresentar mais do que um sintoma. Assim, em média cada doente apresentou 2,6 sintomas (mínimo: 1; máximo:4). Além da dor, referida pela totalidade dos doentes (critério de inclusão), os sintomas mais frequentes foram cansaço/astenia (n=41;14,9%), dispneia (n=33; 12%) e anorexia (n=24; 8,7%) (Gráfico 16). Estas queixas foram referidas por 39,4%, 31,7% e 23,1% dos doentes, respetivamente.

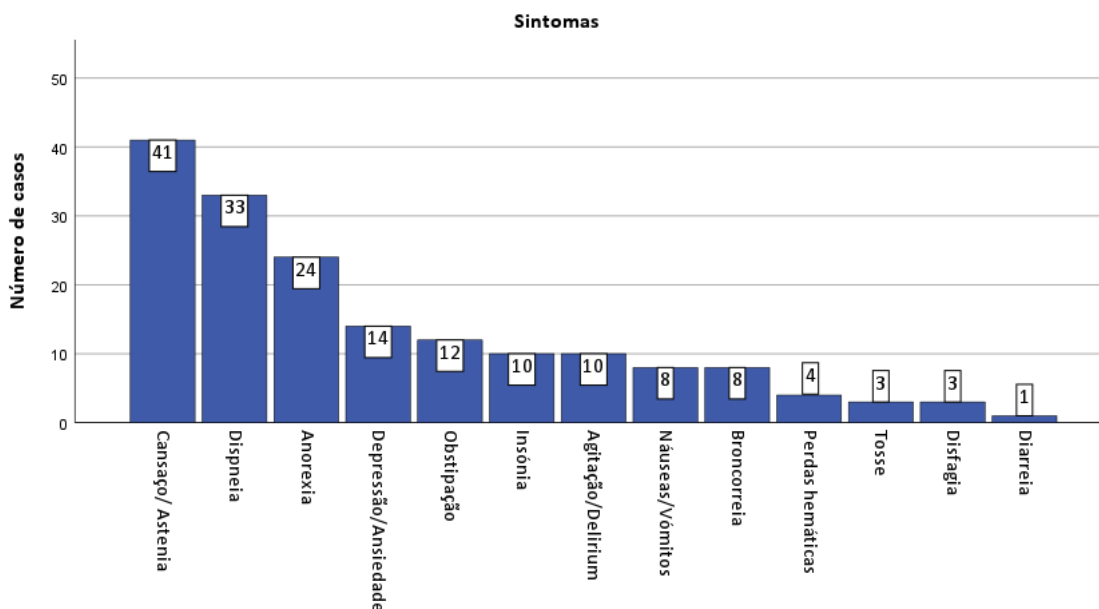


Gráfico 17- Sintomas apresentados pelos doentes com dor

Relativamente aos fármacos instituídos para dor previamente à intervenção da EIHS CP, os mais frequentes foram o fentanilo e o tramadol (n=29; 27,9% e n=28; 26,9%, respetivamente),

enquanto que a morfina foi o fármaco prescrito pela equipa à maioria dos doentes para controlo da dor (n= 49; 47,1%) (Tabela 2). Na primeira observação pela equipa, 15,4% dos doentes não tinham terapêutica opioide para controlo da dor. Após a sua intervenção, todos os doentes passaram a ter opioides prescritos.

Em 51,9% (n= 54) dos casos foi efetuada rotação de opioides.

Tabela 2- Distribuição dos doentes de acordo com terapêutica instituída antes e após a intervenção

Fármaco instituído por doente	Antes da intervenção da EIHS CP		Após intervenção EIHS CP	
	n	%	n	%
<b>Nenhum</b>	16	15,4	0	0
<b>Morfina</b>	18	17,3	49	47,1
<b>Buprenorfina</b>	12	11,5	16	15,4
<b>Fentanilo</b>	29	27,9	34	32,7
<b>Tapentadol</b>	1	1,0	1	1,0
<b>Tramadol</b>	28	26,9	4	3,8
<b>Total</b>	104	100	104	100

A intensidade da dor nos doentes observados foi avaliada de acordo com a Escala Numérica da Dor e a PAINAD. Esta avaliação ocorreu em dois momentos - na primeira observação e na reavaliação dos doentes pela EIHS CP. Observou-se que, no primeiro momento, a maioria dos doentes (n= 30; 28,8%) apresentou um valor de intensidade da dor de 5 (dor moderada), e após a intervenção da equipa 75% dos doentes (n= 78) referia não sentir dor (dor ausente) (Tabela 3). De salientar que nenhum paciente referiu dor moderada a intensa (valor de intensidade igual ou superior a 4) na reavaliação. Todos os doentes apresentaram entre nenhuma dor a dor leve (valor de intensidade entre 0 e 3).

Tabela 3- Distribuição dos doentes de acordo com a intensidade da dor antes e após a intervenção

Intensidade da dor	Antes da intervenção da EIHS CP		Após intervenção EIHS CP	
	n	%	n	%
<b>0</b>	0	0	78	75,0
<b>1</b>	0	0	11	10,6
<b>2</b>	15	14,4	11	10,6
<b>3</b>	21	20,2	4	3,8
<b>4</b>	17	16,3	0	0
<b>5</b>	30	28,8	0	0
<b>6</b>	10	9,6	0	0
<b>7</b>	4	3,8	0	0
<b>8</b>	7	6,7	0	0
<b>9</b>	0	0	0	0
<b>10</b>	0	0	0	0
	104	100	104	100

Para se analisar se houve diferença estatisticamente significativa no valor da intensidade da dor referido pelos doentes antes e após a intervenção terapêutica pela EIHS CP, utilizou-se o teste não paramétrico Wilcoxon. Este teste demonstrou que existe uma diferença estatisticamente significativa no valor médio da intensidade da dor antes e após a intervenção terapêutica da EIHS CP ( $Z = -8,903$ ;  $p < 0,001$ ) (Tabela 4).

Assim, à data da primeira observação, o valor médio da intensidade da dor foi de 4,4 (DP= 1,7), enquanto que após a intervenção da equipa, o valor médio da intensidade da dor diminuiu para 0,4 (DP= 0,8). Estes resultados indicam que ocorreu uma diminuição estatisticamente significativa na intensidade da dor percebida pelos doentes após a intervenção da EIHS CP (Tabela 4).

Tabela 4- Estatísticas do teste de Wilcoxon para as variáveis intensidade da dor antes e após intervenção da equipa

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil	Z	p
<b>Intensidade da dor na primeira observação</b>	104	4,4	1,7	2	8	3,0	4,0	5,0	-8,903	<0,001
<b>Intensidade da dor na reavaliação</b>	104	0,4	0,8	0	3	0,0	0,0	0,8		

## Discussão

A identificação dos doentes com necessidades paliativas, e a sua consequente referência às equipas de CP para avaliação da sua complexidade e alocação de recursos, é determinante para se poder usufruir da efetividade da intervenção precoce pelos CP. Uma investigação que envolveu 11 hospitais do Serviço Nacional de Saúde, das diferentes regiões do país, concluiu que a identificação e referência desse grupo de doentes é muito dependente da tipologia da sua doença, tendo os doentes oncológicos uma maior probabilidade de serem referenciados [34, 35]. Neste trabalho também se observou que a maioria dos doentes apresentava como diagnóstico principal doença oncológica, e eram maioritariamente do sexo masculino, com média de idades superior a 65 anos, o que vai de encontro às características encontradas em estudos internacionais [36-41].

Os sintomas constituem a razão das principais queixas de qualquer doente. Na prática de CP, se os sintomas não estiverem suficientemente controlados não é possível intervir nas restantes tarefas que baseiam a sua prática. A dor é um dos sintomas objetivos cuja facilidade de avaliar, controlar e tratar é maior, uma vez que a sua expressão é objetivamente observável e a colheita de dados é efetuada e registada, mediante escalas estandardizadas [42].

É essencial que os serviços hospitalares se concentrem em fornecer CP generalistas, incluindo a identificação e gestão adequadas dos sintomas. Considerando sempre que a gestão inadequada da dor, na avaliação de seguimento dos doentes internados, deve levar os profissionais de saúde a pedir colaboração às equipas de CP, com o objetivo de oferecer o melhor alívio possível da dor [40]. Estas equipas especializadas têm profissionais com nível de formação e experiência elevados no controlo da dor com recurso a terapêutica opioide. Neste sentido, os resultados deste estudo mostraram que a ausência de medicação analgésica e uso opioides fracos correspondia à terapêutica de 42,3% dos doentes observados pela primeira vez, enquanto que após intervenção da equipa, os opioides fortes foram prescritos a todos os pacientes. Tal como já verificado também num estudo de Bandiere et al [38], entre os opioides fortes, a morfina e o fentanilo foram os mais frequentemente usados sendo que, em particular, a morfina foi o opioide forte mais amplamente utilizado. Particularmente, neste trabalho, verificou-se que o uso de morfina foi aproximadamente três vezes maior após a ajuste terapêutico pela equipa em relação à prescrição da terapêutica à data da primeira observação.

De referir, também, que em mais de metade dos casos foi efetuada “rotação de opioides”, contribuindo para um controlo algico adequado nesses doentes. De facto, esta estratégia

tornou-se uma prática comum, com vários estudos a avaliar positivamente esta abordagem terapêutica no controlo da dor de doentes paliativos [17].

Assim, no que concerne à escolha da estratégia analgésica, os resultados obtidos demonstraram que as principais recomendações fornecidas por diretrizes nacionais [12, 17, 26, 29] e internacionais [15, 30, 31, 43] foram as principais linhas de orientação na gestão da dor moderada a severa apresentada pelos doentes na primeira observação. Não esquecendo que foram igualmente considerados os protocolos de gestão de terapêutica analgésica da unidade, bem como o contexto clínico, o critério médico e os objetivos relacionados com cada paciente, individualmente.

O principal objetivo desta investigação prendia-se com a análise do impacto da utilização de opioides no controlo da dor nos doentes observados pela EIHS CP. De facto, verificou-se a existência de uma diminuição estatisticamente significativa no valor médio da intensidade da dor após a intervenção terapêutica da EIHS CP. Portanto, podemos concluir que a integração de uma EIHS CP na gestão de doentes internados, com necessidades paliativas, tem um impacto importante e positivo no controlo adequado da sua dor. Este impacto, com consequente melhoria considerável na carga de sintomas, particularmente no alívio e controlo da dor, através da integração da consultoria da EIHS CP na prática clínica, foi corroborado também por outros investigadores [38, 44-47].

Este estudo apresenta várias limitações que devem ser consideradas na análise dos resultados obtidos. A avaliação focou-se exclusivamente na dor, sem considerar outros sintomas ou fatores que poderiam introduzir vieses nos resultados. Além disso, a dor não foi avaliada como forma de sofrimento global, conforme o conceito de "dor total" [20], não tendo sido consideradas as dimensões emocional, social e espiritual. A reavaliação da dor foi realizada num período de tempo curto e limitado. Esta abordagem pode não captar adequadamente a evolução da dor ao longo do tempo ou a eficácia sustentada das intervenções terapêuticas. A inclusão de múltiplos omentos de reavaliação ao longo de um período mais alargado poderia proporcionar uma compreensão mais abrangente e precisa da dinâmica da dor e da resposta dos pacientes ao tratamento. Não foi incluída uma população comparativa constituída por pacientes paliativos que não estavam sob seguimento pela EIHS CP. A inclusão de um grupo comparativo poderia fornecer dados adicionais para avaliar a eficácia das intervenções da equipa. Por fim, na análise da abordagem terapêutica foram considerados apenas os fármacos opioides. Não foram tidas em conta, por exemplo, fármacos adjuvantes ou abordagens não farmacológicas, que interferem na diminuição da dor e no alívio do sofrimento global dos pacientes.

Estas limitaciones sugieren a necesidad de estudios futuros que incluan una evaluación mais holística do sufrimento dos pacientes, considerem múltiplos momentos de reavalição ao longo do tempo, e incluan tanto grupos comparativos como um mais amplo estudo dos planos e estratégias terapêuticas.

## Conclusão

O principal objetivo desta investigação prendia-se com a análise do impacto da utilização de opióides no controlo da dor nos doentes observados por uma EIHSCP, procedendo-se para esse efeito à comparação da intensidade da dor antes e depois da intervenção da equipa. Assim, verificou-se a existência de uma diminuição estatisticamente significativa no valor médio da intensidade da dor após a intervenção terapêutica da EIHSCP. Além de que essa redução, ocorreu nas primeiras 48 horas, e em mais de 50% da média da intensidade da dor, cumprindo um dos indicadores de qualidade. Com o intuito de uma avaliação mais abrangente da intervenção da EIHSCP foram considerados e atingidos os objetivos de outros indicadores de qualidade também pertencentes ao domínio dos “aspetos físicos do cuidar”. Nomeadamente foram devida e corretamente realizados: a avaliação e registo da dor, com recurso a instrumentos estandardizados e validados, nas primeiras 48 horas de admissão à equipa; a utilização dos opióides para o controlo da dor, segundo as recomendações da OMS; a reavaliação; o ajuste do plano terapêutico em função do controlo sintomático, até 48 horas após o início ou alteração da terapêutica.

Portanto, podemos concluir que a intervenção de uma EIHSCP na gestão de doentes internados, com necessidades paliativas, tem um impacto importante e positivo no controlo adequado da sua dor. E os objetivos dessa intervenção devem estar sediados em indicadores de desempenho aplicados e monitorizados regularmente pela equipa de CP de forma a garantir a qualidade e integralidade dos cuidados prestados.

É necessária a realização de mais estudos que analisem o impacto da intervenção das equipas de CP nos doentes cuidados em outras valências (consulta externa, unidade de internamento, domicílio) e noutras instituições, que essa avaliação tenha maior duração no tempo e que considere um maior número de reavaliações. Além disso, mais investigações que contemplassem a avaliação do controlo de outros sintomas ou até a de outros indicadores que não os dos “aspetos físicos do cuidar” proporcionariam um enriquecimento do conhecimento nas áreas da qualidade de vida dos doentes e de indicadores de qualidade das equipas em CP.

## Reflexão final

A frequência do Mestrado em Cuidados Paliativos permitiu-me ter uma visão aprofundada e real da atividade de uma equipa de CP em Portugal, uma vez que em nenhum momento da minha formação académica tive contacto com esta área da medicina. O primeiro ano do mestrado promoveu a aquisição dos conhecimentos teóricos, que complementado com a realização do estágio técnico-científico em CP, no segundo ano, permitiu o desenvolvimento das competências necessárias para a prática autónoma e eficiente nas várias valências assistenciais. Também percebi a importância de trabalhar de forma colaborativa com uma equipa multidisciplinar, assegurando as necessidades dos pacientes nos aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais.

A minha formação em Medicina Geral e Familiar, com pouca experiência em internamento hospitalar, revelou-se uma limitação no desenvolvimento das atividades clínicas no serviço, rapidamente ultrapassada com a ajuda dos restantes colegas de equipa, mas também uma mais-valia, principalmente na realização de consulta externa e no que concerne à comunicação com os doentes e a respetiva família.

A equipa do SMP do CHTMAD-UVR foi incansável na minha integração, fazendo-me sentir parte da equipa. Incluíram-me em todas as atividades e permitiram-me desenvolver tarefas com autonomia, mostrando sempre disponibilidade para esclarecimento das dúvidas que foram surgindo.

Uma das principais mais-valias adquiridas foi a gestão de sintomas em CP, com destaque para o controlo da dor com recurso a medicação opióide. Tal, contribuiu para a desmistificação dos medos associados ao uso destes fármacos e para a demonstração dos benefícios da sua utilização adequada.

Durante o estágio, foi desenvolvido um trabalho científico centrado na atividade da EIHS CP, com o objetivo de avaliar o impacto da sua intervenção na gestão da dor. Tal como seria de esperar, verificou-se uma melhoria significativa na intensidade da dor após a intervenção da equipa, resultando num aumento da qualidade de vida dos doentes.

Trabalhar num ambiente diário com pacientes em CP proporcionou uma perspetiva ampla sobre a vida e a morte, enriquecendo, além da prática profissional, o âmbito pessoal.

A experiência adquirida nos dois anos de Mestrado munuiu-me de conhecimentos teóricos, práticos e relacionais que ultimaram na minha integração a tempo inteiro numa equipa de CP, o que me permitirá aprofundar os ensinamentos e aperfeiçoar as competências. Pretendo

continuar o investimento na minha formação profissional, nomeadamente com a realização de um estágio numa ECSCP, num futuro próximo, mantendo o objetivo alvo de me candidatar à obtenção de competência de Medicina Paliativa da Ordem dos Médicos.

## Referências bibliográficas

1. Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. 2012.
2. Dahlin, C.M., National consensus project for quality palliative care. Oxford Textbook of Palliative Nursing, 2015: p. 11.
3. Capelas, M.L., et al., Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. Cuid Paliat, 2014. 1: p. 7-13.
4. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos., Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos biénio 2017-2018. 2017.
5. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2023–2024. 2023, Serviço Nacional de Saúde.
6. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos., Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2019–2020. 2019, Serviço Nacional de Saúde.
7. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos., Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. 2021, Sistema Nacional de Saúde.
8. Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro. 2015.
9. Gamondi, C., P. Larkin, and S. Payne, Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 2. European Journal of Palliative Care, 2013.
10. Capelas, M.L.V. and P. Coelho, Pensar a organização de serviços de Cuidados Paliativos. Revista Cuidados Paliativos, 2014. 1(1): p. 17-26.
11. Capelas, M.L.V. and S.P.F. Coelho, Local de prestação de cuidados no final da vida e local de morte: preferências dos portugueses. Cadernos de Saúde, 2013. 6: p. 7-18.
12. Freire, E., Guia Prático de Controlo Sintomático. 2021.
13. Díez-Manglano, J., et al., Guia de Consenso para a Prática Clínica sobre Boas Práticas nos Cuidados em Fim de Vida, das Sociedades Espanhola e Portuguesa de Medicina Interna. Medicina Interna, 2021. 28(1): p. 82-99.
14. Organization, W.H., WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. 2018.
15. Busse, J.W., et al., Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. Cmaj, 2017. 189(18): p. E659-E666.
16. Bernardo, A., Avaliação de sintomas em cuidados paliativos. Universidade de Lisboa: Lisbon, Portugal, 2005.
17. Pedro, A. and M.P. Silva, Manual de rotação de opióides. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 3ª edição, 2017.

18. Romero, I., et al., “Desprescrever” nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica. *Medicina Interna*, 2018. **25**(1): p. 48-57.
19. Martinho, A., L. Pilha, and P. Sapeta, *Competências do psicólogo em cuidados paliativos*. 2015.
20. Capelas, M.L.V., *Dor Total nos doentes com metastização óssea*. *Cadernos de Saúde*, 2008. **1**(1): p. 9-24.
21. Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). 2012.
22. Capelas, M.L., et al., *Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal*. *Relatório de Outono 2018*, 2018: p. 106-128.
23. Ferrell, B., et al., *The National Agenda for Quality Palliative Care: The National Consensus Project and the National Quality Forum*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007. **33**(6): p. 737-744.
24. Woitha, K., et al., *Validation of quality indicators for the organization of palliative care: a modified RAND Delphi study in seven European countries (the Europall project)*. *Palliat Med*, 2014. **28**(2): p. 121-9.
25. OMS, *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course* 2013.
26. Miguel, J., *A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor*. Circular normativa Nº, 2003. **9**.
27. DGS, *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. 2001.
28. Batalha, L.M.C., et al., *Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia*. *Revista de Enfermagem Referência*, 2012. **3**(8): p. 7-16.
29. Saúde, D.G.d., *Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica*. Circular normativa, 2008.
30. Anekar, A.A., J.M. Hendrix, and M. Cascella, *WHO analgesic ladder*, in *StatPearls [Internet]*. 2023, StatPearls Publishing.
31. Grisell, V.-S., *Is the WHO analgesic ladder still valid?* *Canadian Family Physician*, 2010. **56**(6): p. 514.
32. Vargas-Schaffer, G. and J. Cogan, *Patient therapeutic education: placing the patient at the centre of the WHO analgesic ladder*. *Canadian Family Physician*, 2014. **60**(3): p. 235-241.

33. Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro, Informação genética pessoal e informação de saúde. 2005.
34. Capelas, M.L., et al., Doentes paliativos nos hospitais públicos portugueses. *Cadernos de Saúde* 2018. **10**: p. 14-22.
35. dos Cuidados Paliativos, O.P., OPCP. Relatório de Outono, 2019.
36. See, D., et al., Symptom burden in malignant and non-malignant disease on admission to a palliative care unit. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2022. **12**(e6): p. e792-e797.
37. Mercadante, S., et al., Symptom Expression in Patients with Advanced Cancer Admitted to an Acute Supportive/Palliative Care Unit With and Without Delirium. *The Oncologist*, 2018. **24**(6): p. e358-e364.
38. Bandieri, E., et al., Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer. *Annals of Oncology*, 2012. **23**(8): p. 2016-2020.
39. Potter, J., et al., Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative medicine*, 2003. **17**(4): p. 310-314.
40. Gerhardt, S., et al., Associations between health-related quality of life and subsequent need for specialized palliative care and hospital utilization in patients with gastrointestinal cancer—a prospective single-center cohort study. *Supportive Care in Cancer*, 2024. **32**(5): p. 311.
41. Webber, K., et al., Symptom prevalence and severity in palliative cancer medicine. *BMJ supportive & palliative care*, 2023. **13**(e2): p. e270-e272.
42. da Costa, M.A.C.M. and M.T.C. Antunes, Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*, 2012. **3**(7): p. 63-72.
43. Yang, J., et al., The Modified WHO Analgesic Ladder: Is It Appropriate for Chronic Non-Cancer Pain? *Journal of Pain Research*, 2020. **13**: p. 411-417.
44. Flöther, L., et al., Treatment effects of palliative care consultation and patient contentment: A monocentric observational study. *Medicine*, 2021. **100**(12): p. e24320.
45. Bandieri, E., et al., Early versus delayed palliative/supportive care in advanced cancer: an observational study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2020. **10**(4): p. e32-e32.
46. Brinkman-Stoppelenburg, A., et al., The Impact of Palliative Care Team Consultation on Quality of Life of Patients with Advanced Cancer in Dutch Hospitals: An Observational Study. *Oncology Research and Treatment*, 2020. **43**(9): p. 405-413.
47. Bell, C.L., M. Kuriya, and D. Fischberg, Pain Outcomes of Inpatient Pain and Palliative Care Consultations: Differences by Race and Diagnosis. *Journal of Palliative Medicine*, 2011. **14**(10): p. 1142-1148.

FACULDADE DE **MEDICINA**

