



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### ESTÁGIO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS DO HOSPITAL DA LUZ

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em  
Cuidados Paliativos

Por

Joana Lúcia Antunes da Graça

Lisboa, 2018



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### ESTÁGIO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS DO HOSPITAL DA LUZ

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em  
Cuidados Paliativos

Por

Joana Lúcia Antunes da Graça

Sob a orientação de Dr<sup>a</sup> Isabel Galriça Neto

Lisboa, 2018



# Resumo

---

O presente relatório tem como finalidade descrever as atividades por mim realizadas no estágio de Cuidados Paliativos, inserido no Mestrado de Cuidados Paliativos da Universidade Católica Portuguesa.

Apresenta um resumo autobiográfico e uma descrição ao meu percurso profissional até à realização deste estágio, assim como uma exposição sobre a minha área de formação, a sua evolução histórica, e como condiciona a necessidade de formação na área da Medicina Paliativa.

Em seguida relatarei os diversos aspetos relativos ao estágio, nomeadamente uma descrição da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital Luz Lisboa, da equipa, e da atividade assistencial realizada, em contexto de internamento, consulta externa e componente formativa.

Propus-me também à elaboração de um relato de caso de um doente acompanhado por mim durante o estágio, com uma reflexão crítica e identificação de pontos de aprendizagem.

Inserido no Mestrado em Cuidados Paliativos, e na sequência do estágio realizado, proponho-me à realização de um estudo retrospectivo sobre a prevalência de polifarmácia na população de doentes oncológicos em fim de vida, cujo projeto está descrito no final deste relatório.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Doente paliativo; Fim de vida.

# Summary

---

The purpose of this report is to describe the activities carried out by me in the Palliative Care internship, included in the Master's Degree in Palliative Care at the Universidade Católica Portuguesa.

It presents an autobiographical summary and a description of my professional career until this internship, as well as an exhibition about my academic and professional training, its historical evolution, and how it conditions the need for training in the area of Palliative Medicine.

I will describe the various aspects related to the internship, namely a description of the Continuous and Palliative Care Unit of the Hospital Luz Lisboa, its team, and the activities carried out, in the context of internment, consultation and complementary training.

I also proposed to prepare a case report of a patient accompanied by me during the internship, with a critical reflection and identification of learning points.

As part of the Master's Degree in Palliative Care, I propose a retrospective study on the prevalence of polypharmacy in the population of end-of-life cancer patients, whose project is described at the end of this report.

Keywords: Palliative Care; Palliative patient; End of life.

# Índice

Resumo .....	iii
Summary .....	iv
Introdução.....	1
1. Contextualização Teórica.....	5
1.1 CUIDADOS PALIATIVOS .....	5
1.2 ONCOLOGIA MÉDICA .....	7
Programa de Formação de Oncologia Médica .....	9
2. Objetivos do Estágio .....	13
2.1 DISTRIBUIÇÃO DAS HORAS PELAS DIFERENTES ATIVIDADES .....	15
2.2 INDICADORES DE AVALIAÇÃO .....	16
3. Local de Estágio.....	17
3.1 HOSPITAL DA LUZ LISBOA.....	17
3.2 UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS.....	18
3.2.1 A Unidade .....	19
3.2.2 A Equipa.....	19
3.2.3 Atividade Assistencial .....	20
4. Atividade Assistencial .....	23
4.1 INTERNAMENTO.....	23
4.2 CONSULTA EXTERNA .....	42
4.3 SESSÕES CLÍNICAS .....	42
5. Caso Clínico .....	45
6. Conclusão - Reflexão Final .....	53
7. Projeto de Investigação .....	57
8. Bibliografia .....	67
9. Anexos.....	71
9.1 DOCUMENTOS RELATIVOS ÀS ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA.....	71
9.1.1 Certificado de conclusão do Mestrado Integrado em Medicina.....	71
9.1.2 Certificado de funções como monitora nas aulas práticas de Fisiologia .....	72
9.1.3 Certificado do Curso de Formação Pedagógica Básica para Monitores de Fisiologia .....	73
9.1.4 Declaração de exercício de funções como representante dos alunos no 5º e 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina.....	74

9.2	DOCUMENTO RELATIVO AO ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS NO HOSPITAL DA LUZ.....	75
9.2.1	Documento relativo a Formação em Cuidados Paliativos – Estágios na Unidade de Cuidados Paliativos .....	75
9.3	DOCUMENTO RELATIVOS AO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	83
9.3.1	Score de prognóstico <i>Palliative Prognostic Score</i> (PaP score) .....	83

## Índice de gráficos e tabelas

1. Gráfico 1 - Distribuição dos doentes internados na UCCP segundo a tipologia .....	25
2. Gráfico 2 - Distribuição por género dos doentes internados em tipologia de cuidados paliativos.....	25
3. Gráfico 3 - Distribuição por faixa etária e género dos doentes internados em tipologia de cuidados paliativos .....	26
4. Gráfico 4 - Proveniência dos doentes internados em tipologia de cuidados paliativos .....	27
5. Tabela 1 - Motivos de internamento mais frequentes nos doentes internados em tipologia de cuidados paliativos .....	29
6. Tabela 2 - Distribuição dos diagnósticos principais por grupo nosológico dos doentes internados na tipologia de cuidados paliativos.....	30
7. Tabela 3 - Neoplasia primária dos doentes oncológicos internados em tipologia de cuidados paliativos .....	31
8. Tabela 4 - Diagnóstico principal dos doentes não oncológicos internados em tipologia de cuidados paliativos .....	32
9. Gráfico 5 - Distribuição do número de dias de internamento nos doentes internados em tipologia de cuidados paliativos .....	33
10. Gráfico 6 - Destino à data de alta dos doentes internados em tipologia de cuidados paliativos.....	34
11. Gráfico 7 - Distribuição por género dos doentes internados em tipologia de cuidados continuados.....	36
12. Gráfico 8 - Distribuição por faixa etária e género dos doentes internados em tipologia de cuidados continuados.....	37
13. Gráfico 9 - Proveniência dos doentes internados em tipologia de cuidados continuados .....	37
14. Gráfico 10 - Motivos de internamento em doentes internados em tipologia de cuidados continuados.....	38

15. Tabela 5 - Distribuição dos diagnósticos principais por grupo nosológico dos doentes internados na tipologia de cuidados continuados .....	39
16. Tabela 6 - Diagnósticos principais dos doentes internados na tipologia de cuidados continuados .....	39
17. Gráfico 11 - Destino à data de alta dos doentes internados em tipologia de cuidados continuados.....	41

# Introdução

---

A Medicina Paliativa e a abordagem da pessoa com doença incurável e progressiva é, inevitavelmente, parte integrante da prática clínica de um oncologista. Com os avanços científicos e terapêuticos no âmbito da Oncologia, estamos numa fase de mudança do paradigma da doença oncológica, que passou de ser uma sentença de morte para ser uma doença potencialmente crónica. Contudo, continua a ser uma área médica que aborda um conjunto de doenças graves e que são, em grande parte, fatais, e cuja incidência tem vindo a aumentar. Desta forma, torna-se essencial existir formação específica nesta área integrada no Internato de Formação Específica de Oncologia Médica.

Relativamente ao meu percurso académico, em 2007 candidatei-me ao ensino superior e fui admitida na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, um segundo plano tendo em conta a possibilidade de poder não ser aceite num dos cursos de Medicina. Completei o primeiro ano do Curso de Ciências Farmacêuticas, realizei novamente os exames nacionais de acesso ao ensino superior e fui admitida em 2008 no Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Terminei o Mestrado Integrado em Medicina em 2014, com média de 17 valores (em Anexo).

Realizei a Prova Nacional de Seriação para ingresso no Ano Comum e Formação Específica em novembro de 2014, na qual obtive uma classificação de 74 pontos.

Realizei o Ano Comum no período de janeiro a dezembro de 2015, no Hospital Fernando da Fonseca e no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Amadora.

Durante o Ano Comum realizei os estágios de Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Pediatria e Cirurgia Geral, com a realização de dois estágios opcionais, Anestesiologia e Oncologia Médica. No final do Ano Comum, a 31 de dezembro de 2015, obtive a classificação final de «Apta».

Ingressei no Internato de Formação Específica em Oncologia Médica no dia 1 de janeiro de 2016, no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (CHLO) – Hospital São Francisco Xavier.

Quanto à escolha da Oncologia Médica como especialidade médica e futuro profissional, esta só aconteceu no final do curso de Mestrado em Medicina, durante o 6º e último ano. A escolha por esta especialidade teve por base o interesse pelo tipo de patologia, a diversidade que existe dentro de cada grupo tumoral e as possibilidades terapêuticas que existem, e o facto de ainda haver tanto por descobrir.

Esta identificação precoce no internato da necessidade de adquirir conhecimentos e competências na área dos Cuidados Paliativos, e o facto de ter desenvolvido um interesse particular na área, levaram-me a ingressar no Mestrado em Cuidados Paliativos da Universidade Católica Portuguesa em Lisboa, em setembro de 2016.

No seguimento do início da minha formação na área, propus-me a incluir um estágio de três meses em Cuidados Paliativos, complementares à formação teórica ministrada no Mestrado da Universidade Católica Portuguesa, e inseridos nos 21 meses de Formação Básica de Oncologia Médica.

Este relatório tem como objetivo a descrição e reflexão dos meus 3 meses de estágio em Cuidados Paliativos, que tive a oportunidade de realizar na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz Lisboa.

Farei uma contextualização teórica relativamente à Medicina Paliativa e Oncologia Médica, e descreverei os objetivos a que me propus quando iniciei o meu estágio, referindo também a organização do mesmo, a distribuição das horas pelas diferentes atividades e os indicadores de avaliação.

Seguidamente descreverei o local onde realizei o meu estágio, a Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, inserida no Hospital da Luz Lisboa.

Posteriormente analisarei a atividade assistencial por mim desenvolvida nestes três meses, com análise segmentar relativamente ao internamento, consulta externa e atividade científica.

Descreverei ainda um caso clínico que acompanhei durante o meu estágio, que considere relevante por ter sido necessária uma abordagem multidisciplinar, uma intervenção integrada de todos os profissionais de saúde, com abordagem das várias esferas do sofrimento, e por demonstrar, através da sua análise e reflexão, o quão importante é o conhecimento na área da comunicação.

Por fim, farei uma reflexão final relativamente aos 3 meses de estágio na unidade e descrevo o meu projeto de investigação, intitulado "A prevalência da polifarmácia na população de doentes oncológicos em fim de vida".

A referenciação bibliográfica utilizada ao longo deste relatório obedeceu às normas da *American Psychological Association 6th edition*.



# 1. Contextualização Teórica

---

## 1.1 CUIDADOS PALIATIVOS

A Organização Mundial de Saúde define os Cuidados Paliativos como uma prática que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através de prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também psicossociais e espirituais.

Um número considerável de doentes com uma doença crónica e irreversível são internados nos últimos dias de vida em enfermarias de agudos, onde acabam por morrer. Torna-se assim perentório que os cuidados de saúde prestados nessas instituições tenham como objetivos não só o tratamento e eventual cura, como a promoção do conforto, na forma de controlo sintomático e melhoria da qualidade dos últimos dias de vida (Braga, Beatriz; Rodrigues, Joana; Alves, Mariana; Galriça Neto, 2017).

Esta fase da vida dos doentes não deve ser vista como um período pré-morte, uma fase em que se deve desinvestir do ponto de vista de intervenção terapêutica; antes pelo contrário, deve obrigar a uma intensificação dos cuidados prestados, de forma adequada e proporcionada. Os doentes em fim de vida necessitam que os prestadores de cuidados tenham competências no controlo sintomático e comunicação, para que os seus últimos dias possam ser vividos com a maior qualidade possível.

A prestação de cuidados paliativos adequados oferece o alívio de sintomas que geram sofrimento ao doente e à sua família, abordando a doença e a inevitabilidade da morte como um processo natural, não interferindo na trajetória da doença, não prolongando a vida, nem antecipando a morte. É uma intervenção holística e que deve ser realizada

em equipa, intervindo nas necessidades do doente e da sua família, intervindo e promovendo a melhoria na qualidade de vida.

Relativamente ao período de agonia, este compreende as últimas horas ou dias de vida, em que, no contexto de uma doença irreversível e avançada, os doentes experienciam mudanças clínicas, fisiológicas e aparecimento de novos sintomas e/ou agravamento dos já existentes (Librach L., 2000) (Barbosa, 2010).

Nesta fase e no contexto de doença irreversível, quando todas as causas reversíveis para o agravamento do estado clínico do doente foram excluídas, considera-se que o doente se encontra em processo de morte e existe a necessidade premente de ajustar os objetivos dos cuidados, privilegiando o conforto ("Scottish Palliative Care Guidelines: Healthcare Improvement Scotland," 2014).

É, por isso, necessário saber identificar os sinais e sintomas de agonia, de forma conseguir reconhecer estes doentes que necessitam de uma adaptação urgente dos cuidados prestados. Os cuidados aos doentes em agonia têm de ser adaptados às suas reais necessidades, cujo principal objetivo é o alívio sintomático e a melhoria da qualidade de vida, adequando o esforço terapêutico e evitando a obstinação terapêutica (Blinderman CD, 2015) (Kelley AS, 2015).

Uma das principais intervenções terapêuticas é a comunicação de forma empática e adequada, com o doente e a sua família, que constitui uma ferramenta essencial para conseguir oferecer apoio e conforto, conseguindo avaliar também o seu sofrimento psicossocial e espiritual ("Scottish Palliative Care Guidelines: Healthcare Improvement Scotland," 2014). Idealmente, deveria existir uma discussão num estadio inicial da doença sobre os valores, objetivos e preferências em fim de vida do doente, com posteriores reavaliações segundo a evolução clínica (Blinderman CD, 2015).

Uma opção terapêutica em doentes com sintomas refratários é a sedação paliativa, que pode ser definida como o “uso controlado e monitorizado de medicamentos sedativos para permitir induzir um estado de consciência diminuída ou ausente (inconsciência), com o objetivo de aliviar o sofrimento decorrente de sintomas refratários a tratamentos de primeira linha, numa forma que é eticamente aceitável para o doente, para a família, e para os profissionais” (Cherny, 2009).

## 1.2 ONCOLOGIA MÉDICA

Historicamente, até finais do século XIX, a doença oncológica não fazia parte das preocupações sanitárias dominantes, sendo estas dominadas pelas epidemias de então. A doença oncológica surge como doença insurgente e dominante a partir de meados do século XX, destituindo a Tuberculose como principal causa de morte, assumindo-se como a “nova enfermidade” do mundo ocidental (Pinto Costa, 2013).

Assumiu rapidamente um estatuto de doença maligna, aflitiva, dolorosa, estigmatizante, discriminatória e mortal. Causadora de sofrimento para o doente oncológico, mas também para a família e para a sociedade, em grande parte provocado pelo sentimento de perplexidade e impotência. É por isso uma doença complexa e multi-dimensional (biológica, humana e social), pelo que a sua abordagem depende da articulação das ciências da vida com as ciências sociais e humanas (Pinto Costa, 2013).

O cancro é a segunda principal causa de morte no mundo, tendo sido responsável por 8,8 milhões de mortes em 2015. A nível mundial, aproximadamente 1 em cada 6 mortes é devido à doença oncológica maligna. Destas, aproximadamente 70% das mortes ocorrem em países de baixo e médio rendimento. Os cancros que são mais frequentemente causa de morte são: Pulmão (1,69 milhões de mortes), Fígado (788.000 mortes), Colorretal (774 000 mortes), Estômago (754 000 mortes), e Mama (571.000 mortes) (Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, 2013).

Cerca de um terço das mortes por cancro deve-se aos cinco principais riscos comportamentais e alimentares: elevado índice de massa corporal, baixo consumo de

frutas e vegetais, falta de atividade física, hábitos tabágicos e etanólicos. O tabagismo é o fator de risco mais importante para o cancro e é responsável por aproximadamente 22% das mortes por cancro (GBD 2015 Risk Factors Collaborators, 2016).

Relativamente a causas infecciosas, como hepatite e vírus do papiloma humano (HPV), estas são responsáveis por até 25% dos casos de cancro em países de baixo e médio rendimento (Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, 2016).

Lamentavelmente, a apresentação tardia, diagnóstico e tratamento inacessíveis ainda são comuns. Em 2017, apenas 26% dos países de baixo rendimento reportaram ter serviços de patologia disponíveis no setor público. E enquanto mais de 90% dos países de alto rendimento reportaram ter tratamento disponível para a generalidade dos casos, os países de baixo rendimento o reportaram-no em menos de 30% dos casos (World Health Organization, 2018).

Relativamente ao impacto económico do cancro, este é significativo e está a aumentar. O custo económico anual total da doença oncológica em 2010 foi estimado em aproximadamente 1,16 trilhão US \$ (Stewart BW, Wild CP, 2014).

Em Portugal tem-se assistido, ao longo dos últimos anos, à semelhança do que se passa no resto da Europa, a um aumento consistente da incidência do cancro, a uma taxa constante de aproximadamente 3% ao ano. Este aumento é resultado do envelhecimento da população, que por sua vez é consequência da melhoria nas ofertas terapêuticas, tanto na doença oncológica, como de outras doenças, aumentando a esperança média de vida da população e a probabilidade do aparecimento de novas neoplasias. Associados a estes factos, estão também presentes modificações dos estilos de vida, que têm um impacto significativo na incidência de cancro (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, 2017).

Para além do número crescente de novos casos, existe também uma mudança na idade média dos doentes oncológicos, no padrão de neoplasias e nas necessidades dos

doentes oncológicos, que apresentam uma complexidade crescente (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, 2017).

#### Programa de Formação de Oncologia Médica

O programa de formação da especialidade de Oncologia médica, aprovado pela Portaria n.º 238/97, de 10 de Fevereiro de 2010 publicada em Diário da República, e delineado tendo como base as recomendações das Sociedades Europeia (ESMO) e Americana (ASCO) de Oncologia Médica, define a Oncologia médica como “a especialidade médica que se ocupa da prevenção, do rastreio e especialmente do diagnóstico, estadiamento, tratamento médico e seguimento dos doentes com neoplasias e suas complicações, incluindo os cuidados paliativos e de suporte.”

Tal como é definido pelo programa de formação da especialidade, “a oncologia médica é a especialidade médica que se ocupa da prevenção, do rastreio e especialmente do diagnóstico, estadiamento, tratamento médico e seguimento dos doentes com neoplasias e suas complicações, incluindo os cuidados paliativos e de suporte.”

O programa de formação define também como objetivos do internato em Oncologia médica a capacidade de compreender a história natural da doença, a biologia e genética do cancro, de forma a conseguir diagnosticar, estadiar e tratar as doenças oncológicas. Define também que o interno deverá adquirir conhecimentos e competências na avaliação e tratamento dos efeitos adversos da terapêutica oncológica, assim como ter capacidade de atuar ao longo de toda a história e evolução da doença, “incluindo a fase terminal da doença, no ambulatório e no internamento, bem como nos contextos individual, familiar, social e profissional, incluindo nestes a de comunicar adequadamente com os doentes e seus familiares.”

O programa de Formação em Oncologia Médica compreende um total de 60 meses de formação específica (cinco anos, a que correspondem 55 meses de formação efetiva), que é antecedida por 12 meses de formação genérica, dividida entre várias

especialidades (Medicina Interna, Cirurgia Geral, Medicina Geral e Familiar e Pediatria), designada por Ano Comum.

Os 60 meses de Formação em Oncologia Médica compreendem um período de formação básica, com uma duração de 24 meses, seguido de um período de formação complementar em Oncologia Médica, com a duração de 36 meses:

- O ciclo básico compreende a formação em Medicina Interna, que inclui o estágio de Medicina Interna, durante 21 meses, num serviço com idoneidade para o respetivo internato, e o estágio em Cuidados Intensivos, durante 3 meses. Nos últimos anos, o Colégio da Especialidade de Oncologia Médica tem recomendado a realização de estágio de 3 meses em Cuidados Paliativos durante o estágio de Medicina Interna.

- O ciclo específico compreende 3 estágios obrigatórios: Oncologia Médica (24 meses), Oncologia Hematológica (6 meses) e Radioterapia (2 meses). Para além destes estágios obrigatórios, existem 3 meses alocados à realização de estágios opcionais. O programa de Oncologia Médica pressupõe também um mês para a elaboração final do trabalho de investigação, que é desenvolvido ao longo do internato, que pode ser produzido em área clínica ou básica, e que exige a sua redação em relatório final (*Diário da República, 1.ª série, N.º 28 - Portaria n.º 84/2010*).

Apesar dos objetivos estipulados para o internato em Oncologia, o plano de formação não contempla a obrigatoriedade de um estágio em Cuidados Paliativos, reservando apenas três meses da formação para a realização de estágios opcionais, que poderão, ou não, incluir formação nesta área considerada fundamental.

Esta lacuna na formação de um oncologista leva a que sejam negligenciadas competências consideradas essenciais, nomeadamente a identificação e tratamento de sintomas no doente oncológico, competências em comunicação do diagnóstico, tratamento e em fim de vida, a identificação de doentes complexos e com necessidade de uma abordagem mais diferenciada por uma equipa especializada em Cuidados Paliativos. Desta forma está a perpetuar-se uma tipologia de cuidados de saúde centrada na doença e não no doente, que não preza a autonomia, valores e dignidade

individual, e que poderá levar a instituição de intervenções ou medidas terapêuticas desproporcionadas e não individualizadas a cada doente.



## 2. Objetivos do Estágio

---

O principal objetivo do estágio é compreender a organização das várias tipologias de prestação de cuidados paliativos, o que isso implica em termos práticos, e como se deve adequar esses cuidados a esta tipologia de doentes.

Tendo em conta as recomendações curriculares da *European Society of Medical Oncology* (ESMO) e da *American Society of Clinical Oncology* (ASCO), "Recommendations for a Global Curriculum in Medical Oncology Edition 2016" (Dittrich C, Kosty M, Jezdic S, Pyle D, Berardi R, Bergh J, 2016) e no *White Paper* da EAPC (*European Association of Palliative Care*) "Core competencies in Palliative Care" (Gamondi, Claudia; Larkin, Philip; Payne, 2013), defini com a minha tutora objetivos gerais para o meu estágio, que permitiram desenvolver e definir os meus objetivos em termos de conhecimentos e competências a adquirir, durante o meu estágio nesta Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos:

1. Intervenção no conforto e qualidade de vida ao longo da trajetória da doença: demonstrar uma prática clínica que promova a prevenção e intervenção no sofrimento, procurando a melhoria na qualidade de vida, promovendo a dignidade do doente; conseguir identificar, avaliar, prevenir e gerir sintomas decorrentes da doença oncológica assim como efeitos secundários dos terapêuticas dirigidas à doença (por exemplo, dor, dispneia, náuseas e vômitos, mucosite, alterações do trânsito intestinal, ansiedade, fadiga, anorexia); conhecer as indicações para os diferentes tratamentos de suporte, as suas limitações e efeitos adversos; reconhecer e integrar os efeitos da intervenção paliativa na tomada de decisão de tratamentos antineoplásicos; reconhecer sintomas refratários e perceber quando se deve referenciar a uma equipa de CP especializada.
2. Atender às necessidades psicológicas, sociais e espirituais dos doentes: reconhecer os sentimentos e emoções dos doentes e saber reagir de forma empática; promover

mecanismos de coping do doente face à doença; fornecer um diagnóstico e plano de cuidados, com avaliação constante para identificação de sintomas psicológicos ou psiquiátricos, considerando o seu prognóstico, desejos pessoais e ambiente em que vivem; valorizar o contexto social dos doentes e suas famílias e o seu impacto sobre a experiência de receber cuidados paliativos; integrar as necessidades espirituais do doente no plano de cuidados, respeitando se a escolha for a de não focar este aspeto, mas proporcionando a oportunidade para que o doente exprima a sua dimensão espiritual / existencial e necessidades inerentes.

3. Responder às necessidades dos familiares e/ou principais cuidadores do doente em relação aos objetivos da intervenção terapêutica a curto, médio e longo prazo: reconhecer e apoiar os cuidadores e familiares, identificando elementos em eventual exaustão; oferecer aos familiares apoio psicológico e emocional, independente do que é facultado ao doente; desenvolver estratégias dentro da equipa para gerir conflitos familiares; comunicar eficazmente com os doentes e as suas famílias sobre a doença e prognóstico, plano de cuidados, tomada de decisões, o fim de vida e a sua preparação; facilitar o luto e identificar necessidades complexas, intervindo de forma apropriada.
4. Responder aos desafios dos dilemas éticos e tomada de decisão clínica: adoptar uma conduta médica que respeita os princípios bioéticos, quadros jurídicos nacionais e internacionais, os desejos e valores dos pacientes; promover a autonomia do doente nas decisões ao longo da trajetória da doença, se não discordante com princípios de benevolência, não maleficência e justiça;
5. Praticar a coordenação de cuidados globais e trabalho em equipa interdisciplinar: promover o trabalho em equipa interdisciplinar e inter-profissionais; identificar as responsabilidades específicas de cada um dos elementos da equipa no plano de cuidados; incentivar, se possível, a intervenção de voluntários no apoio a doentes e famílias;

6. Desenvolver habilidades interpessoais e de comunicação adequadas: construir uma relação empática e terapêutica com o doente e cuidadores, adotando uma estratégia de acordo com a idade, capacidade intelectual e desejos; promover a comunicação e partilha de informações dentro da equipa; interpretar os diferentes tipos de comunicação (por exemplo, verbal, não-verbal, formal e informal); utilizar diretrizes para a comunicação de más notícias; adaptar a linguagem às diferentes fases da doença, atendendo também a diferenças culturais e capacidade cognitiva; respeitar as decisões informadas quanto ao nível de informação que desejam receber e partilhar com sua família.
7. Praticar a autoconsciência permitindo um desenvolvimento profissional contínuo: envolver-se em atividades educacionais e formações de forma a desenvolver e aprimorar competências profissionais; praticar a autoconsciência, adquirindo consciência das suas capacidades, fragilidades e crenças morais e espirituais; reconhecer sinais precoces de *burnout*, tanto no próprio como nos colegas da equipa.

O estágio foi do tipo tutorado, em que o objetivo foi acompanhar o tutor atribuído de forma ativa nas suas atividades diárias, inicialmente de carácter observacional, e posteriormente com a realização de atos clínicos de forma autónoma, consoante o nível de conhecimentos e competências adquiridos e demonstrados.

## 2.1 DISTRIBUIÇÃO DAS HORAS PELAS DIFERENTES ATIVIDADES

Proposta de distribuição das horas pelas atividades relativas ao estágio na unidade, na elaboração do relatório de estágio, e horas referentes a estudo e trabalho a título individual:

1. Atividades que fazem parte do trabalho da equipa da unidade (40 horas semanais, cerca de 20 ECTS no total):
  - Atividade assistencial (32 horas semanais)
  - Consulta Externa de Cuidados Paliativos (5 horas semanais)

- Consultoria a outras especialidades do Hospital (3 horas semanais)
- 2. Atividades relativas à elaboração do relatório de estágio
  - 375 horas, num total de 15 ECTS.
- 3. Estudo e trabalho individual
  - 250 horas, num total de 10 ECTS.

## 2.2 INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Os indicadores de avaliação compreendem vários parâmetros, nomeadamente, assiduidade e pontualidade; nível de conhecimentos teóricos e/ou práticos; capacidade crítica; iniciativa e atitude de aprendizagem; cumprimento das tarefas curriculares; atitude profissional; relações humanas no trabalho e capacidade de trabalho em equipa. Elaborei ao longo do estágio um relatório que descreve as atividades realizadas, a casuística dos doentes que estiveram internados na unidade durante esse período, e uma avaliação e reflexão pessoal sobre o estágio.

Propus-me também à elaboração de um relato de caso de um doente acompanhado por mim durante o estágio, com uma reflexão crítica e identificação de pontos de aprendizagem.

## 3. Local de Estágio

---

### 3.1 HOSPITAL DA LUZ LISBOA

O Hospital da Luz foi inaugurado em abril de 2007 e pertence ao Grupo Luz Saúde. A Luz Saúde foi criada em 2000 e é um dos maiores grupos de prestação de cuidados de saúde no mercado português. A partir de 2016, o Hospital da Luz passou a ser a marca da rede de hospitais e clínicas do grupo, pelo que o Hospital da Luz mudou o seu nome para Hospital da Luz Lisboa.

O corpo clínico do hospital é formado por uma vasta equipa de médicos, contando ainda com o apoio de médicos convidados e consultores, disponibilizando múltiplas valências médicas e cirúrgicas. Os serviços de internamento distribuem-se por três unidades de cuidados agudos (com 183 camas) e uma Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (com 48 camas), em ambos os casos com quartos individuais e quartos duplos. Dispõe ainda de uma Unidade de Cuidados Intensivos com uma lotação de 8 camas. Inclui também um conjunto alargado de consultas e exames em múltiplas especialidades, e o Atendimento Médico Permanente (Geral, de Pediatria e de Ginecologia-Obstetrícia), em funcionamento 24 horas por dia.

O Hospital da Luz Lisboa possui idoneidade formativa, conferida pela Ordem dos Médicos, para o Internato de formação específica em Medicina Interna, Oncologia médica, Medicina Nuclear, Anatomia Patológica, Anestesiologia e Neurologia. Para além da formação dos seus internos, o Hospital da Luz oferece ainda a possibilidade de internos de outras instituições realizarem estágios nas especialidades para as quais o hospital tem idoneidade formativa, e ainda estágios acreditados em outras áreas, tais como: Laboratório de Ecocardiografia, Unidade de Imagiologia Cardíaca, Unidade de Cuidados Paliativos e Unidade de Cuidados Intensivos.

Existe ainda um Centro de Formação que organiza periodicamente atividades de formação dirigidas aos vários grupos profissionais, entre cursos, simpósios e congressos.

### 3.2 UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS

A Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (UCCP) do Hospital da Luz Lisboa dedica-se ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes com perda de autonomia e necessidade de reabilitação, ou que se encontrem em situações complexas de sofrimento associadas a doenças graves e/ou incuráveis e progressivas.

A atividade desenvolvida pela UCCP centra-se nos doentes e nas suas famílias, sendo feita uma abordagem integral e multidisciplinar dos problemas, mas de forma individualizada a cada situação clínica e a cada doente. Desta forma, pretende-se garantir um apoio global aos doentes, proporcionando-lhes cuidados de saúde que contribuam para o seu conforto, dignidade e qualidade de vida.

A UCCP trabalha em estreita colaboração com as outras especialidades do hospital, nomeadamente Oncologia médica, Neurologia, Neurocirurgia, Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Ortopedia, Unidade da Dor e Medicina Física e de Reabilitação nas suas diversas vertentes (Fisioterapia, Terapia da fala, Terapia ocupacional). Esta colaboração constante justifica-se pelo tipo de patologias que afetam com mais frequência os doentes internados, nomeadamente doentes oncológicos, doentes com patologias neurológicas degenerativas (como p. ex. doença de Alzheimer, doença de Parkinson), com insuficiências orgânicas avançadas (p.ex. insuficiência cardíaca crónica, insuficiência renal), com demências avançadas, com sequelas de acidentes vasculares cerebrais, doentes pós-cirúrgicos e doentes com doenças neuromusculares (p. ex. esclerose lateral amiotrófica), fibrose quística e doenças reumatismais incapacitantes.

A Equipa da UCCP presta ainda apoio a doentes internados noutros serviços do Hospital da Luz, é responsável por uma consulta externa e dedica-se à formação e investigação na sua área de intervenção.

A Equipa de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz Lisboa cumpre os critérios que a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos enumera nas suas recomendações para a

prática de Cuidados Paliativos. Desta forma, a Equipa de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz Lisboa é reconhecida pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e foi distinguida como ESMO *Designated Center of Excellence in Palliative Care and Oncology*, pela *European Society of Medical Oncology* (2011-atualidade).

### 3.2.1 A Unidade

A UCCP está localizada no piso 4 da torre B (Hospital Residencial - HR) do hospital. Possui espaços físicos e recursos humanos próprios e é composta por 48 camas, distribuídas em quartos individuais e duplos. Dispõe, no total, de 16 quartos duplos e de 14 quartos individuais, todos equipados com casa de banho privativa, mesa-de-cabeceira, cadeirões, mesa de trabalho/refeições e equipamento eletrónico que permite acesso à internet, rádio, televisão e telefone. Sempre que necessário, e caso exista essa possibilidade, são cedidas camas para internamento de doentes de Medicina Interna ou especialidades cirúrgicas.

A unidade é ainda constituída por: um gabinete médico, um gabinete de coordenação de enfermagem, duas salas de estar, uma sala de refeições, uma sala de atividades lúdicas/reuniões, uma sala de tratamentos, uma sala de trabalho de enfermagem, duas salas de registos, uma sala de pausa/copa, cinco casas de banho, uma sala de banho assistido, uma sala de consumo clínico, uma sala de arrumos, duas arrecadações e duas salas de sujos.

### 3.2.2 A Equipa

A UCCP é constituída por uma equipa multidisciplinar, que proporciona uma abordagem holística e individualizada a cada doente e à sua família.

O núcleo central da equipa é constituído por uma equipa médica e uma equipa de Enfermagem (coordenadas pela Dr.<sup>a</sup> Isabel Galriça Neto e pela Enf.<sup>a</sup> Nélia Trindade, respetivamente) e por uma Psicóloga, Dr.<sup>a</sup> Marta Pavoeiro. Grande parte dos elementos da equipa tem formação em Cuidados Paliativos, um número significativo com formação avançada e especialização.

A equipa médica é constituída por:

- A tempo inteiro: Dr.<sup>a</sup> Isabel Galriça Neto e Dr.<sup>a</sup> Rita Abril
- A tempo parcial: Dr. Guilherme Magalhães (Medicina Interna), Dr.<sup>a</sup>. Joana Rodrigues (Medicina Interna), Dr.<sup>a</sup>. Inês Romero (Medicina Interna) e Dr. Jorge Castro (Medicina Interna).

Fazem ainda parte da equipa internos de várias especialidades que se encontram a realizar estágio na unidade, habitualmente com duração de um a três meses. Durante o meu período de estágio na unidade, a equipa era então também formada por:

- Carolina Vidal (Interna do 4º ano de Medicina Interna), com quem partilhei os 3 meses de estágio.
- Vasco Evangelista (Interno do 4º ano de Medicina interna) e João Vasco (Interno do 3º ano de Oncologia médica), em estágios de 3 meses, com quem contactei em fevereiro e março.
- Catarina Fonseca e Teresa Abreu, internas de Medicina Geral e Familiar, em estágio de 1 mês, com quem contactei em fevereiro e março, respetivamente.

A equipa médica presta atividade assistencial durante 24 horas por dia, sendo que no período noturno existe um elemento de chamada permanente, que se deslocará à Unidade se houver necessidade.

Presta ainda apoio à equipada unidade: um farmacêutico, uma dietista, profissionais de Medicina Física e Reabilitação, um capelão, administrativos, auxiliares de ação médica e voluntários.

### 3.2.3 Atividade Assistencial

A atividade da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos compreende essencialmente as seguintes valências:

- Internamento de Cuidados Paliativos e de Cuidados Continuados
- Consulta externa

- Apoio a outros serviços do hospital, com discussão, observação, otimização terapêutica e eventual transferência para a UCCP se houver necessidade
- Reunião multidisciplinar, que ocorre semanalmente, à terça-feira às 14h30
- Formação

Existe ainda um serviço de atendimento telefónico prestado a doentes e familiares que estiveram internados e tiveram alta da Unidade, para orientação relativamente a controlo de sintomas, regime terapêutico e necessidade de ida ao hospital ou de reinternamento, o que constitui uma ferramenta essencial para garantir a continuidade de cuidados e tranquilizar doentes e suas famílias.



## 4. Atividade Assistencial

---

O meu estágio de 3 meses foi organizado segundo um horário semanal de 40 horas de trabalho, na unidade, participando nas diversas atividades assistenciais levadas a cabo pela equipa, nomeadamente, internamento de Cuidados Paliativos e de Cuidados Continuados, Consulta externa, e apoio a outros serviços e especialidades do hospital. Foi um estágio tutorado, inicialmente observacional, mas com ganho progressivo de autonomia e possibilidade de realização de atos clínicos com o aumento de autonomia e conhecimentos adquiridos, cumprindo os objetivos a que me tinha proposto.

Realizei o meu estágio na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz Lisboa durante os meses de fevereiro, março e abril de 2017, sob orientação da Dr.<sup>a</sup> Isabel Galriça Neto, e na sua ausência, da Dr.<sup>a</sup> Rita Abril, acompanhando e participando nas atividades clínicas diárias. De seguida, irei descrever a atividade desenvolvida por mim em todas as valências do estágio. Irei também apresentar dados estatísticos que elaborei sobre essa atividade a nível do internamento.

### 4.1 INTERNAMENTO

A atividade assistencial no Internamento da UCCP inicia-se diariamente às 08h30, momento em que os elementos da equipa se reúnem para uma revisão dos doentes internados e notificação de intercorrências. Nesta reunião matinal estão presentes os elementos da equipa médica, da equipa de enfermagem e a Psicóloga. Para além da discussão das intercorrências ocorridas, este é um momento fundamental para aprendizagem e revisão de conceitos. Nesta reunião é elaborado um plano de atuação para cada doente, que incluía o controlo sintomático, a abordagem do doente e da sua família, a discussão de exames complementares a requisitar adequados à tipologia dos doentes, e realizados ajustes terapêuticos. Esta reunião reflete a importância do trabalho em equipa na unidade, um dos pilares dos Cuidados Paliativos. Aqui era estimulada a comunicação entre os vários elementos, elaborando um plano de cuidados

individualizados e definidos objetivos comuns que beneficiavam o doente e a relação de confiança entre a equipa, o doente e a sua família.

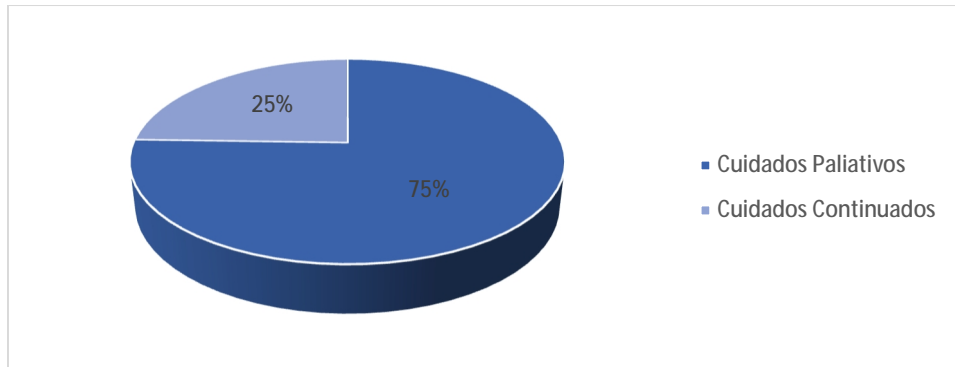
Os doentes eram distribuídos pelos elementos presentes da equipa médica, tendo ficado inicialmente com 2-3 doentes a meu cargo e posteriormente 6-7 diariamente, variando também de acordo com a ocupação do serviço. Após a revisão matinal, os doentes eram observados e eram realizados os registos em diário clínico totalmente informatizado. Havia nova discussão com os assistentes sempre que necessário, com esclarecimento de dúvidas, reavaliação de situações clínicas e ajustes terapêuticos.

Parte fundamental da rotina assistencial do internamento incluía o apoio à família dos doentes internados, outro pilar dos Cuidados Paliativos. Participei e realizei vários pontos de situação e conferências familiares, que se realizavam habitualmente em conjunto com um elemento da equipa de enfermagem e psicóloga, sendo estes registados na plataforma informática. Realizei diversas notas de entrada, notas de alta, relatórios médicos e certificação de óbitos.

Passo seguidamente a apresentar a casuística dos doentes internados na UCCP durante a duração do meu estágio, entre os meses de fevereiro e abril de 2017. Os parâmetros assistenciais avaliados em cada doente incluem o género, a idade, o número de dias de internamento, a proveniência, o diagnóstico primário, diagnósticos secundários e o destino após a alta. Os diagnósticos serão analisados de acordo com a classificação da *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007* (ICD 10) da Organização Mundial de Saúde. Uma vez que ainda não existe uma tradução oficial para português da mesma, e por uma questão de rigor, os dados serão apresentados na versão original e oficial, em inglês.

Neste período, estiveram internados na UCCP 155 doentes, em que a maioria (aproximadamente 75,5%) pertencia à tipologia de Cuidados Paliativos e os restantes à tipologia de Cuidados Continuados, como se pode observar no gráfico seguinte.

Relativamente aos doentes paliativos, a maioria eram doentes oncológicos (63 doentes, 53,8%).



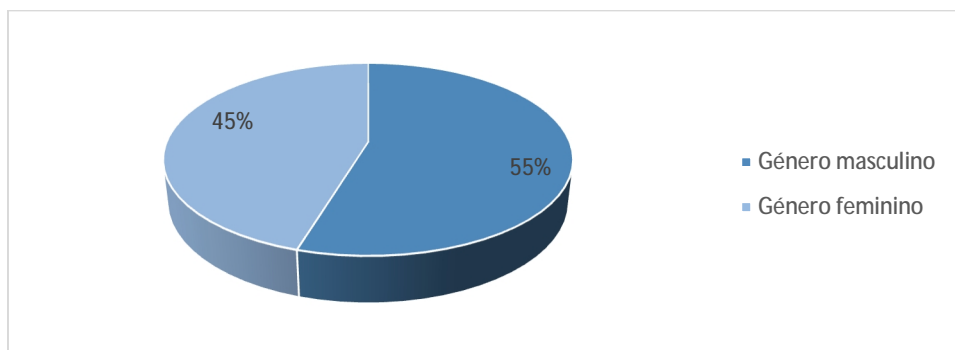
1. Gráfico 1 - Distribuição dos doentes internados na UCCP segundo a tipologia

Uma vez que as duas tipologias correspondem a doentes com características bastante diferentes, optei por fazer à análise estatística em separado e passo a apresentá-la de seguida.

#### A) Tipologia de Cuidados Paliativos

No período de 3 meses que constituiu o meu estágio, estiveram internados 117 doentes da tipologia de Cuidados Paliativos, que constituem 75,5% do total de doentes internados.

A distribuição dos doentes por género é apresentada no gráfico seguinte: 64 doentes (aproximadamente 54,7%) eram do sexo masculino e os restantes 53 doentes (cerca de 45,2%) eram do sexo feminino.



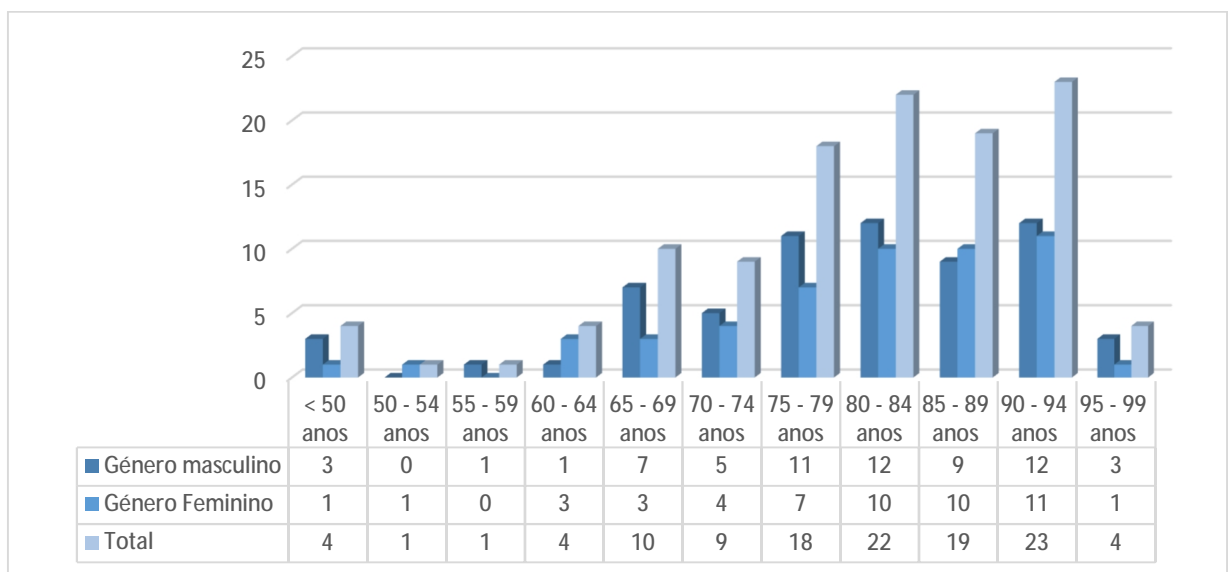
2. Gráfico 2 - Distribuição por género dos doentes internados em tipologia de cuidados paliativos

Estes doentes tinham uma idade média de 79,62 anos, com cerca de um ano de diferença entre géneros (no género feminino 80,13 e no género masculino 79,2), que, apesar de não ser uma diferença significativa, seria a expectável tendo em conta que a média de idade no género feminino tende a ser superior, uma vez que apresentam uma maior esperança de vida.

O histograma apresentado de seguida evidencia que cerca de 70% dos doentes tinha entre os 75 e 94 anos de idade. Também é importante referir que 89,7% dos doentes eram idosos (idade igual ou superior a 65 anos) e 39,3% eram muito idosos (idade igual ou superior a 85 anos).

Esta prevalência de doentes mais idosos seria expectável tendo em conta a esperança média de vida da população atualmente, sendo esta população caracterizada por uma maior carga de comorbilidades, que leva inevitavelmente a maior fragilidade e a um crescendo progressivo de necessidades, e a um maior número de intercorrências e internamentos nesta população.

Comparando os dois géneros, os doentes do género masculino predominam praticamente em todas as faixas etárias, com exceção apenas na faixa etária dos 85 aos 89 anos, mas sem diferença significativa.

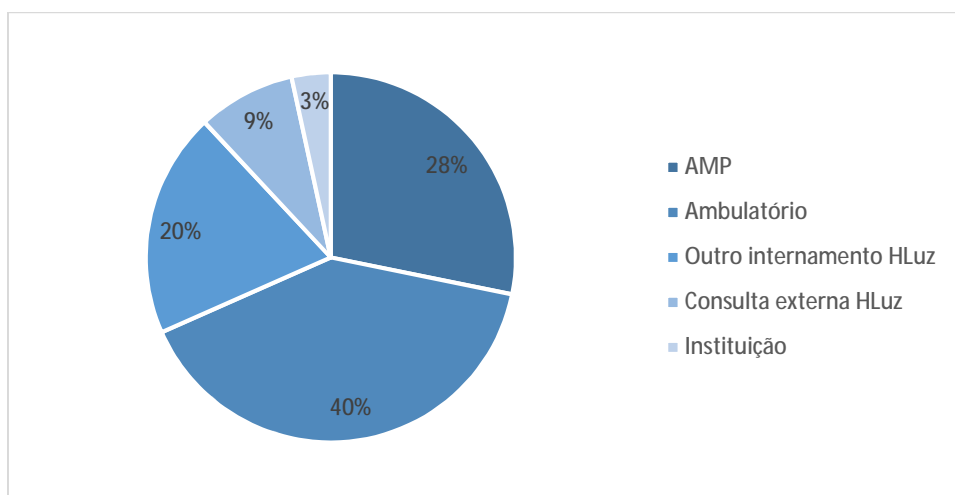


3. Gráfico 3 - Distribuição por faixa etária e género dos doentes internados em tipologia de cuidados paliativos

O gráfico seguinte evidencia a proveniência dos doentes, destacando a elevada percentagem de doentes provenientes do Atendimento Médico Permanente (AMP), em cerca de 28% dos casos (18 doentes), e do domicílio, em 40,2% dos casos (47 doentes).

Os doentes provenientes de consultas do Hospital da Luz (8,5%, 10 doentes) foram encaminhados das consultas de Cuidados Paliativos, realizadas por médicos da Unidade (4 doentes), e da consulta de Oncologia (6 doentes).

Salienta-se ainda que 19,6% dos doentes provém de outros serviços de internamento, sobretudo de Medicina Interna (19 em 23 doentes).



4. Gráfico 4 - Proveniência dos doentes internados em tipologia de cuidados paliativos

De forma a caracterizar os doentes paliativos de forma mais adequada, são utilizadas várias escalas na Unidade, das quais se destacam:

- *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* - avalia 9 sintomas (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, apetite, sonolência, bem-estar e dispneia) e permite um item em branco para que os doentes possam adicionar outro sintoma que considerem importante para si, sendo a severidade dos 10 fatores avaliada numa escala numérica de 0 a 10;
- Escala de Barthel modificada – composta por 10 itens relacionados com a autonomia nas atividades de vida diária, sendo utilizada na avaliação global do *performance status*

dos doentes à admissão e à data de alta; quanto mais baixo, maior a dependência do doente;

- Escala de Karnofsky - consiste numa escala de *performance status* que classifica os doentes de 0 a 100, em que 100 corresponde à “saúde perfeita” e 0 à morte.

Estas escalas são avaliadas pela equipa de Enfermagem da UCCP, que procede a esta avaliação à data de entrada e de alta, ou mais vezes durante o internamento se houver alteração no *status* do doente.

A escala mais utilizada é a Escala de Barthel, e após a sua aplicação, verificou-se um grau de dependência grave nos doentes incluídos na tipologia de Cuidados Paliativos, com um valor médio de aproximadamente 24,2. Em relação à escala de Karnofsky, a maioria dos doentes, no momento do internamento, era avaliada no grupo B50 (necessita frequentemente de assistência e cuidados médicos) ou C20 (totalmente acamado e necessitando de extensos cuidados de enfermagem/família).

O facto de muitos dos doentes apresentarem alteração do estado de consciência, faz com que a escala ESAS não possa ser aplicada em algum momento do internamento e, portanto, a comparação da gravidade dos sintomas à data de entrada e à data de alta, e a sua monitorização ao longo do internamento pode não ser possível. No entanto, nos doentes em que é possível aplicar a escala e monitorizar a sua evolução, é evidente uma melhoria nos parâmetros avaliados pela escala quando se atinge um melhor controlo sintomático.

Durante o internamento, consoante a avaliação dos doentes, estes podem apresentar determinados fatores de complexidade: doente em idade jovem, doentes com filhos menores ou familiares dependentes ao seu cuidado, diagnóstico recente e/ou em fase avançada da doença, realização de múltiplas linhas de terapêutica, dinâmica familiar difícil, “assuntos inacabados”, caso prévio de neoplasia na família, comorbilidades associadas, consumos ativos de álcool/tabaco/drogas, entre outros.

Estes fatores, quando presentes, aumentam a possibilidade de descontrolo sintomático, nomeadamente de inquietação e agitação pré-terminal. São doentes que necessitam de abordagens mais aprofundadas, assim como da abordagem essencial da família, para as quais tem um papel essencial a intervenção realizada pela psicóloga da Unidade, a Dr.<sup>a</sup> Marta Pavoeiro, assim como da coordenação de toda a equipa no mesmo sentido.

Dos 117 doentes em tipologia de Cuidados Paliativos no período avaliado, 31 foram classificados como complexos, o que equivale a 26,5% dos casos.

Em relação ao motivo de internamento, salienta-se o agravamento do estado geral, referido em 10,3% dos casos (12 doentes), e o descontrolo sintomático, com sintomas entre os quais: dor, dispneia, recusa alimentar e suboclusão intestinal. Os principais motivos de internamentos estão descritos na tabela 1.

5. Tabela 1 - Motivos de internamento mais frequentes nos doentes internados em tipologia de cuidados paliativos

Motivo de internamento	N=117
Descontrolo Sintomático	43
Agravamento do estado geral	12
Critério de Paliativos	10
Dispneia	8
Dor	6
Vigilância e reforço das medidas de contenção	6
A pedido da família / Descanso do cuidador	5
Delirium	4
Alteração estado consciência	3
Controlo da Dor	2
Oclusão intestinal	2
Prostração	2

Caracterizando os doentes em tipologia de Cuidados Paliativos, há uma divisão principal em termos de diagnóstico principal e que leva à classificação do doente como paliativo, dividindo os doentes em doentes paliativos oncológicos e doentes paliativos não oncológicos.

O grupo nosológico mais prevalente entre os doentes internados na tipologia de cuidados paliativos foi o das Neoplasias (63 doentes, 54%). Seguidamente, as doenças mentais e de comportamento, doenças do sistema circulatório e doenças do sistema respiratório, foram as mais prevalentes, 22, 17 e 9 doentes, respetivamente. Esta distribuição de diagnósticos primários por vários grupos nosológicos evidencia a variedade de doentes que beneficia de intervenção paliativa.

6. Tabela 2 - Distribuição dos diagnósticos principais por grupo nosológico dos doentes internados na tipologia de cuidados paliativos

Diagnóstico Principal – Grupo Nosológico – ICD10	N
II - Neoplasms	63
V - Mental and behavioural disorders	22
VI - Diseases of the nervous system	4
IX - Diseases of the circulatory system	17
X - Diseases of the respiratory system	9
XI – Diseases of the digestive system	1
XIX – Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	1

Relativamente aos doentes paliativos oncológicos, destacam-se essencialmente os doentes com neoplasia primária do pulmão (17 doentes), pâncreas e colo-rectal (7 doentes). A distribuição do número e tipo de neoplasias é explicitada na Tabela 3, apresentada de seguida.

7. Tabela 3 - Neoplasia primária dos doentes oncológicos internados em tipologia de cuidados paliativos

ICD-10-CM/PCS	Descrição	Diagnóstico Principal (n)
C00-D48	II - Neoplasms	63
C00-C14	Malignant neoplasms of lip, oral cavity and pharynx	1
C10	Malignant neoplasm of oropharynx	1
C15-C26	Malignant neoplasms of digestive organs	21
C15.5	Malignant neoplasm of lower third of esophagus	2
C16.9	Malignant neoplasm of stomach, unspecified	1
C18	Malignant neoplasm of colon	7
C249	Malignant neoplasm of biliary tract, unspecified	4
C25	Malignant neoplasm of pancreas	7
C30-C39	Malignant neoplasms of respiratory and intrathoracic organs	17
C34.90	Malignant neoplasm of unspecified part of unspecified bronchus or lung	17
C50	Malignant neoplasms of breast	4
C50.819	Malignant neoplasm of overlapping sites of unspecified female breast	4
C51-C58	Malignant neoplasms of female genital organs	2
C56	Malignant neoplasm of ovary	2
C60-C63	Malignant neoplasms of male genital organs	6
C61	Malignant neoplasm of prostate	6
C64-C68	Malignant neoplasms of urinary tract	10
C64.9	Malignant neoplasm of unspecified kidney, except renal pelvis	6
C67.9	Malignant neoplasm of bladder, unspecified	4
C76-C80	Malignant neoplasms of ill-defined, secondary and unspecified sites	1
C80	Malignant neoplasm without specification of site	1
C81-C96	Malignant neoplasms, stated or presumed to be primary, of lymphoid, haematopoietic and related tissues	1
C83.89	Other non-follicular lymphoma, extranodal and solid organ sites	1

Dos 54 doentes (cerca de 46,2%) com diagnóstico principal não oncológico, os diagnósticos mais prevalentes foram as doenças mentais e do comportamento, em que o destaque vai para a demência em fase terminal, em 22 doentes (40,7%). Seguidamente, as patologias do sistema circulatório são as mais frequentes, na forma de insuficiência cardíaca, em 12 doentes (22,2%), e doença cerebrovascular (5 doentes).

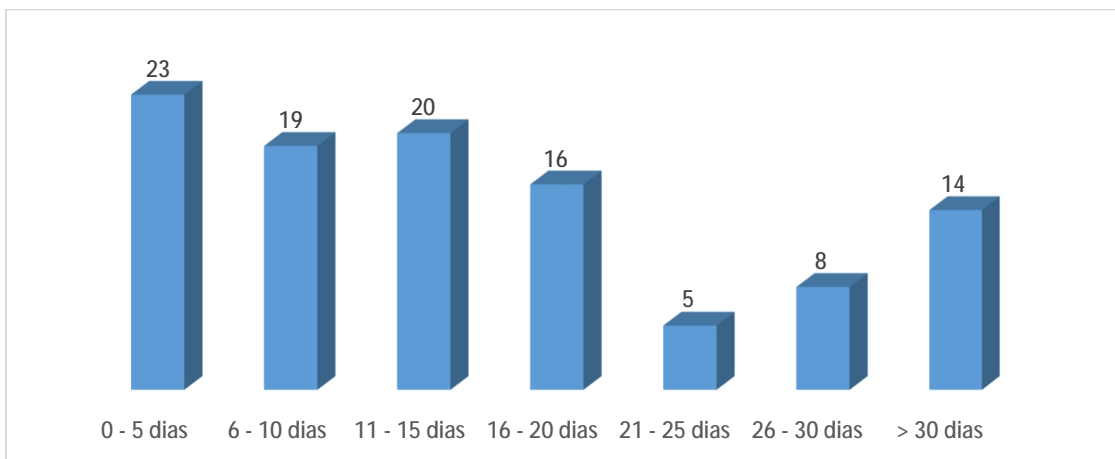
Dentro do grupo das patologias do sistema respiratório, as causas infecciosas são as mais frequentes.

8. Tabela 4 - Diagnóstico principal dos doentes não oncológicos internados em tipologia de cuidados paliativos

ICD-10- CM/PCS	Descrição	Diagnóstico Principal (n)
F00-F99	V - Mental and behavioural disorders	22
F00-F09	Organic, including symptomatic, mental disorders	22
F03.90	Unspecified dementia without behavioral disturbance	22
G00-G99	VI - Diseases of the nervous system	4
G20-G26	Extrapyramidal and movement disorders	2
G20	Parkinson's disease	2
G35-G37	Demyelinating diseases of the central nervous system	1
G37	Other demyelinating diseases of central nervous system	1
G89-G99	Other disorders of the nervous system	1
G93.40	Encephalopathy, unspecified	1
I00-I99	IX - Diseases of the circulatory system	17
I30-I52	Other forms of heart disease	12
I50.9	Heart failure, unspecified	12
I60-I69	Cerebrovascular disease	5
I63.30	Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified cerebral artery	5
J00-J99	X - Diseases of the respiratory system	9
J09-J18	Influenza and pneumonia	1
J18.9	Pneumonia, unspecified organism	1
J20-J22	Other acute respiratory infections	4
J20.9	Acute bronchitis, unspecified	4
J40-J47	Chronic lower respiratory disease	4
J44.1	Chronic obstructive pulmonary disease with (acute) exacerbation	4
K00-K93	XI - Diseases of the digestive system	1
K65-K68	Diseases of peritoneum and retroperitoneum	1
K65.9	Peritonitis, unspecified	1
S00-T88	XIX - Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	1
S00-S09	Injuries to the head	1
S06.0X0	Concussion without loss of consciousness	1

A duração média do internamento dos 105 doentes que completaram o seu internamento na unidade até ao final do meu estágio foi de 15 dias, com mínimo inferior a 24 horas e máximo de 71 dias.

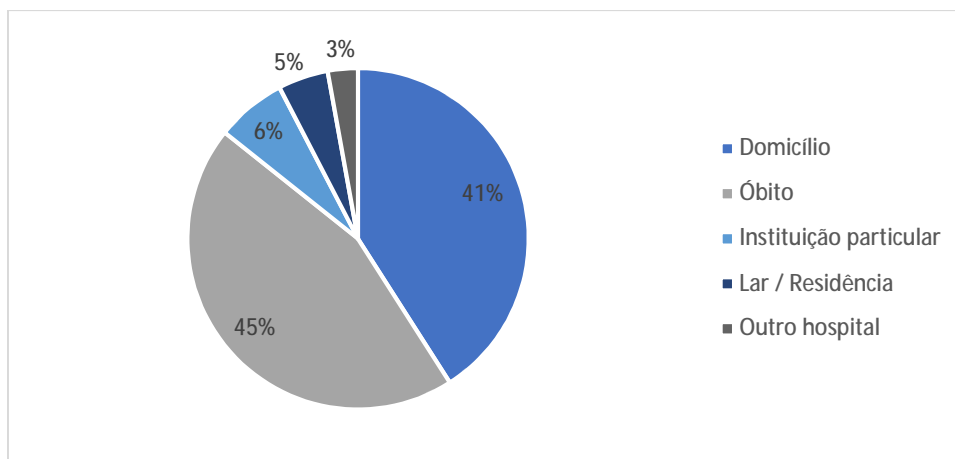
A distribuição do número de dias de internamento é a apresentada no gráfico 5.



9. Gráfico 5 - Distribuição do número de dias de internamento nos doentes internados em tipologia de cuidados paliativos

A duração do internamento é condicionada principalmente pela otimização de controlo sintomático, frequentemente com necessidade de múltiplos ajustes terapêuticos até que tal aconteça. Dos doentes internados durante menos de 5 dias, aproximadamente 47,8% acabaram por falecer (11 de 23 doentes). Neste grupo de doentes com internamentos muito curtos constatámos frequentemente que a referência a Cuidados Paliativos era feita tardiamente, nos últimos dias ou horas de vida.

No grupo de 105 doentes que completaram o seu internamento na unidade até ao final do meu estágio, 58 doentes tiveram alta ou foram transferidos para outra unidade ou hospital, o que corresponde a 55% dos casos. Destes, 43 tiveram alta para o domicílio (41% dos casos), 7 foram transferidos para instituições particulares (6%), 5 para lares/residências (5%), e 3 para outros hospitais (3%).



10. Gráfico 6 - Destino à data de alta dos doentes internados em tipologia de cuidados paliativos

Relativamente aos 47 óbitos ocorridos na unidade durante o meu período de estágio (equivalente a 45% dos casos), verifica-se um predomínio de doentes do género masculino, 31 doentes, comparativamente ao género feminino, 21, com idade média de 78,2 anos, tendo as mulheres idade média superior à verificada nos homens (80 anos *versus* 76,6 anos).

Em relação à proveniência, destacam-se 35 doentes provenientes de ambulatório, 5 do AMP, 4 doentes do Serviço de Medicina Interna e 3 da Consulta de Cuidados Paliativos ou Oncologia Médica.

Como motivo de internamento, mantêm-se os que predominam no conjunto global dos doentes paliativos, prevalece mais uma vez o agravamento do estado geral (11 doentes) e o descontrolo sintomático (16 doentes), responsáveis por 23,4% e 34% dos internamentos, respetivamente.

A avaliação da escala de Barthel à entrada mostrava um nível de dependência grave relativamente a estes doentes, com média quantificada em 15.6, quase 10 pontos abaixo da média geral do grupo, de 24,2.

Em relação aos diagnósticos, 28 doentes (cerca de 53,8%) tinham como diagnóstico principal uma neoplasia, das quais se destaca: pulmão (8 doentes), pâncreas, próstata e

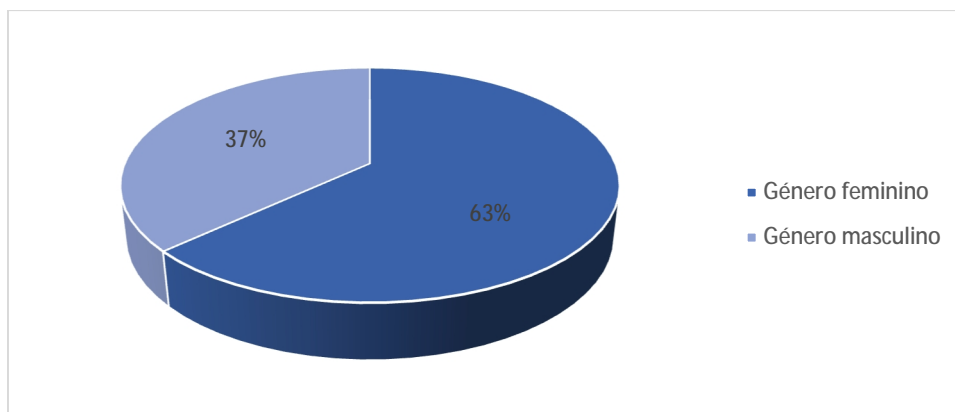
bexiga (3 doentes). Dos 24 doentes (aproximadamente 51%) com diagnóstico principal não oncológico, não se verificou nenhuma patologia predominante, com exceção apenas da insuficiência cardíaca em fase terminal em 4 doentes, seguida da demência e infeções, em 2 e 3 doentes, respetivamente. Estes doentes tiveram uma duração média do internamento de 17 dias, semelhante à duração média total dos doentes paliativos, 15 dias.

## B) Tipologia de Cuidados Continuados

De acordo com a definição de Cuidados Continuados Integrados presente na (alínea a) do Art.º 3º do D.L. nº 101/2006, de 6 de junho, para a constituição da Rede Nacional de Cuidados Continuados, o Serviço Nacional de Saúde define este tipo de cuidados como: “cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência. Estas intervenções integradas de saúde e apoio social visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.”

No período de 3 meses que constituiu o meu estágio, estiveram internados 38 doentes na tipologia de Cuidados Continuados, que constituem aproximadamente 24,5% do total de doentes internados. Dos 38 doentes internados nesta tipologia, a grande maioria teve alta até ao final do meu estágio, permanecendo apenas 1 doente.

Destes doentes, 63,2% eram do género feminino (24 doentes), e os restantes 14 doentes (aproximadamente 36,8%) eram do género masculino.

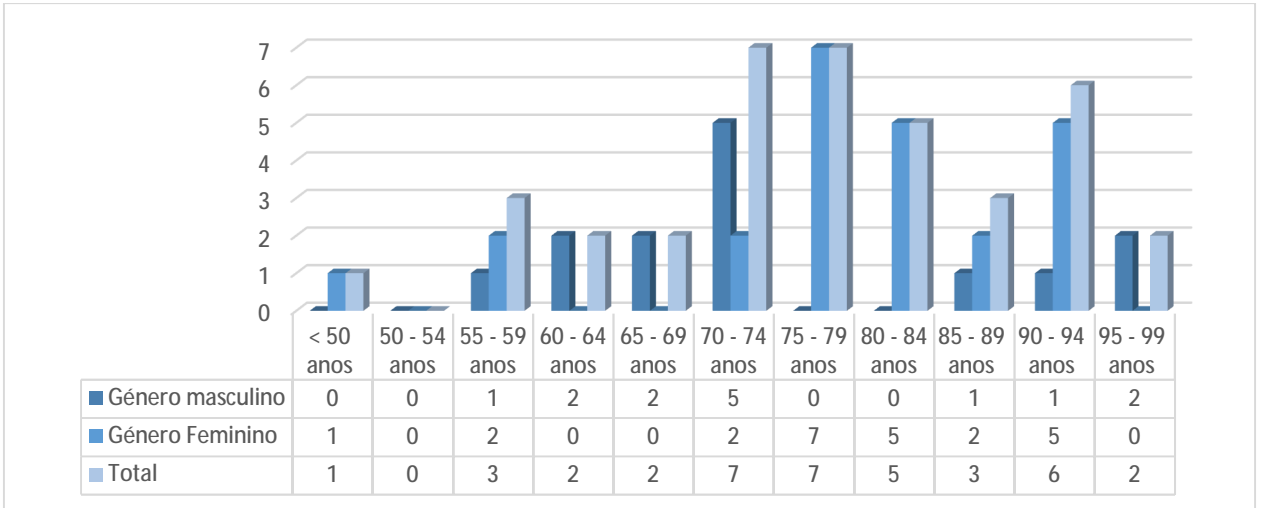


11. Gráfico 7 - Distribuição por género dos doentes internados em tipologia de cuidados continuados

Estes doentes tinham uma idade média global de 77,8 anos, apresentando o género feminino uma idade média superior relativamente ao género masculino (79,3 *versus* 75,1).

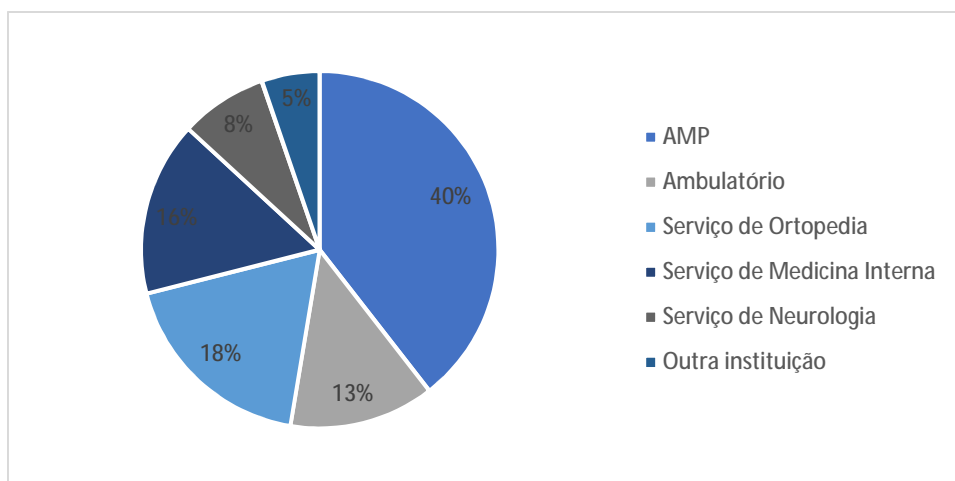
O histograma apresentado de seguida evidencia que a maioria dos doentes tinha idade superior a 70 anos, consistindo em 78,9% dos casos (30 doentes). A salientar a variação de idades entre género, até à faixa etária dos 70 a 74 anos, há um predomínio claro do género masculino, sendo que a partir dos 75 anos, há uma prevalência clara de doentes do género feminino, sendo que a grande maioria das mulheres observadas (79% dos casos) tem idade superior a 75 anos.

Mais uma vez, estes dados espelham o envelhecimento da população portuguesa, e que constituem um subgrupo de doentes altamente complexo, com multi-patologias e com diversas necessidades.



12. Gráfico 8 - Distribuição por faixa etária e gênero dos doentes internados em tipologia de cuidados continuados

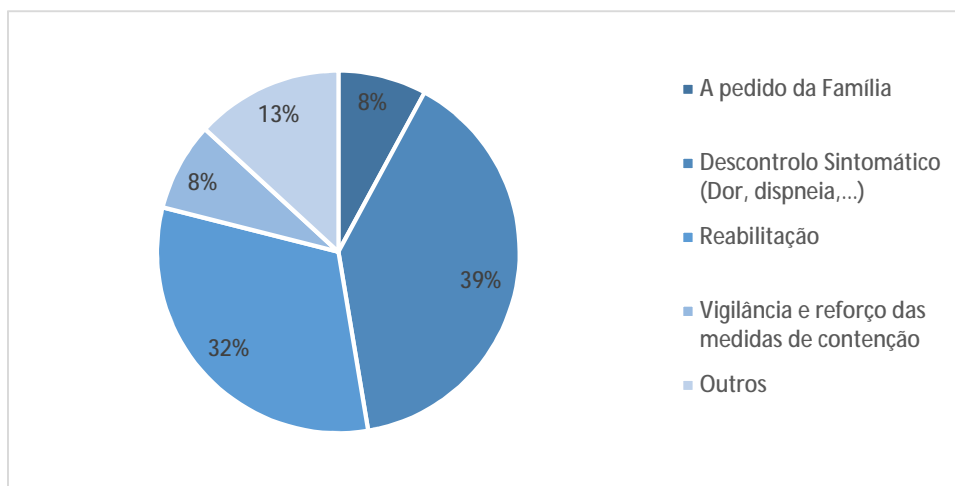
O gráfico seguinte evidencia a proveniência dos doentes internados com esta tipologia. A salientar que 42% dos doentes provêm de outros serviços de internamento do Hospital da Luz Lisboa, 7 provenientes do Serviço de Ortopedia, 6 de Medicina Interna e 3 de Neurologia. Também frequente é o internamento de doentes a partir do AMP, contabilizando 40% dos casos internados na unidade na tipologia referida. Penso que é importante salientar a ausência de proveniências do Serviço de Oncologia, uma vez que seria expetável, tendo em conta o grupo de doentes e as suas necessidades, que houvesse uma referenciação maior a partir desta especialidade.



13. Gráfico 9 - Proveniência dos doentes internados em tipologia de cuidados continuados

De forma semelhante ao que acontece com os doentes paliativos, os doentes da tipologia de Cuidados Continuados também são caracterizados segundo várias escalas. A escala mais utilizada também é a Escala de Barthel, sendo que com a aplicação desta escala se verificou um grau de dependência moderada, com um valor médio de aproximadamente 59,3 à entrada e que registou uma melhoria à data de alta, com 64,7, o que é compatível com uma proporção importante de doentes internados para reabilitação, com melhoria progressiva do estado funcional do doente, cumprindo os objetivos de um internamento reabilitativo.

Em relação ao motivo de internamento na unidade, o principal motivo é o descontrolo sintomático, contabilizando 39% das admissões, e a reabilitação pós-cirúrgica em 32% dos doentes, o que está relacionado com a elevada proveniência de doentes dos serviços cirúrgicos, tanto do Hospital da Luz como de outros hospitais, e de doentes intervencionados recentemente e que optam por internamento para reabilitação. Destes, salientam-se os doentes submetidos a cirurgia ortopédica.



14. Gráfico 10 - Motivos de internamento em doentes internados em tipologia de cuidados continuados

O grupo nosológico mais prevalente nos doentes internados em Cuidados Continuados foi o grupo dos envenenamentos ou consequências de causa externa (18 doentes – 47%) que corresponderam na maioria aos casos de fraturas ósseas e status pós-cirurgia ortopédica (Tabela 5 e 6). Seguidamente, foram relativamente igualmente prevalentes

os grupos das doenças do sistema respiratório (4 doentes), neoplasias, doenças mentais, doenças do sistema nervoso e doenças do sistema circulatório (cada um com 3 doentes).

15. Tabela 5 - Distribuição dos diagnósticos principais por grupo nosológico dos doentes internados na tipologia de cuidados continuados

Diagnóstico Principal – Grupo Nosológico – ICD10	N
II - Neoplasms	3
III - Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	1
V - Mental and behavioural disorders	3
VI - Diseases of the nervous system	3
IX - Diseases of the circulatory system	3
X - Diseases of the respiratory system	4
XI – Diseases of the digestive system	1
XIII – Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	1
XIV - Diseases of the genitourinary system	1
XIX – Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	18

16. Tabela 6 - Diagnósticos principais dos doentes internados na tipologia de cuidados continuados

ICD-10- CM/PCS	Descrição	Diagnóstico Principal (n)
C00-D48	II - Neoplasms	3
C00-C14	Malignant neoplasms of lip, oral cavity and pharynx	1
C10	Malignant neoplasm of oropharynx	1
C15-C26	Malignant neoplasms of digestive organs	1
C15.5	Malignant neoplasm of lower third of esophagus	1
C64-C68	Malignant neoplasms of urinary tract	1
C64.9	Malignant neoplasm of unspecified kidney, except renal pelvis	1
D50-D89	III - Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	1
D50-D53	Nutritional anaemias	1
D50.0	Iron deficiency anemia secondary to blood loss (chronic)	1

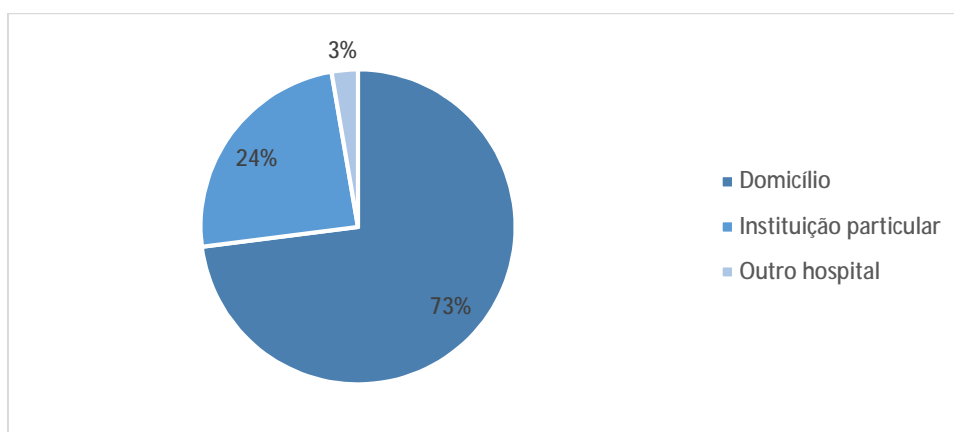
F00-F99	V - Mental and behavioural disorders	4
F00-F09	Organic, including symptomatic, mental disorders	4
F03.90	Unspecified dementia without behavioral disturbance	4
G00-G99	VI - Diseases of the nervous system	3
G00-G09	Inflammatory diseases of the central nervous system	1
G04	Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis	1
G35-G37	Demyelinating diseases of the central nervous system	1
G37	Other demyelinating diseases of central nervous system	1
G40-G47	Episodic and paroxysmal disorders	1
G93.40	Epilepsy and recurrent seizures	1
I00-I99	IX - Diseases of the circulatory system	3
I20-I25	Ischemic heart diseases	2
I24.8	Other forms of acute ischemic heart disease	2
I60-I69	Cerebrovascular disease	1
I63.30	Cerebral infarction due to thrombosis of unspecified cerebral artery	1
J00-J99	X - Diseases of the respiratory system	4
J09-J18	Influenza and pneumonia	2
J18.9	Pneumonia, unspecified organism	2
J20-J22	Other acute respiratory infections	1
J20.9	Acute bronchitis, unspecified	1
J40-J47	Chronic lower respiratory disease	1
J44.1	Chronic obstructive pulmonary disease with (acute) exacerbation	1
K00-K93	XI – Diseases of the digestive system	1
K55-K64	Other diseases of intestines	1
K59.00	Constipation, unspecified	1
M00-M99	XIII – Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	1
M00-M25	Arthropathies	1
M19.90	Unspecified osteoarthritis, unspecified site	1
N00-N99	XIV - Diseases of the genitourinary system	1
N17-N19	Renal failure	1
N18.9	Chronic kidney disease, unspecified	1
S00-T88	XIX – Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	18
S20-S29	Injuries to the thorax	2
S22.0	Fracture of thoracic vertebra	1
S22.4	Multiple fractures of ribs	1
S30-S39	Injuries to the abdomen, lower back, lumbar spine, pelvis and external genitals	4
S32.00	Fracture of unspecified lumbar vertebra	3

S32.30	Unspecified fracture of ilium	1
S50-S59	Injuries to the elbow and forearm	1
S52.309	Unspecified fracture of shaft of unspecified radius, initial encounter for closed fracture	1
S70-S79	Injuries to the hip and thigh	8
S72.109	Unspecified trochanteric fracture of unspecified femur, initial encounter for closed fracture	8
S80-S89	Injuries to the knee and lower leg	3
S89.90	Unspecified injury of unspecified lower leg, initial encounter	3

A duração média do internamento dos 37 doentes que tiveram alta até ao final do meu estágio foi de 13 dias, com mínimo de 2 e máximo de 32 dias.

A duração do internamento é condicionada por vários motivos, designadamente pela complexidade dos casos, pelas intercorrências clínicas, pela necessidade de prolongamento da reabilitação em regime intra-hospitalar e pela necessidade de aguardar a resposta de redes de apoio do doente no período pós-alta ou de instituições.

Dos 37 doentes que tiveram alta, 9 foram transferidos para instituições particulares e um para outro hospital, sendo que a maioria dos doentes (73%, 27 doentes) teve alta para o domicílio. Não se registaram óbitos neste grupo de doentes.



17. Gráfico 11 - Destino à data de alta dos doentes internados em tipologia de cuidados continuados

## 4.2 CONSULTA EXTERNA

A Consulta Externa decorre no gabinete médico da Unidade, sendo efetuada por todos os elementos da equipa médica, com apoio da equipa de Enfermagem e Psicóloga quando necessário.

Durante o estágio tive a oportunidade de observar alguns doentes em conjunto com os vários elementos da equipa, sobretudo com a Dr<sup>a</sup>. Rita Abril. Destaco os doentes que tinha acompanhado no internamento e que mantiveram consultas de seguimento na Unidade, alguns deles com necessidade de recorrência do internamento durante o meu estágio, o que me permitiu constatar a importância da continuidade do seguimento destes doentes, criando uma ponte entre a vida do doente em ambulatório e a equipa a quem pode recorrer em caso de agravamento clínico.

## 4.3 SESSÕES CLÍNICAS

Outro momento fulcral da atividade na unidade é a reunião de serviço, que acontece à terça-feira, semanalmente, no período da tarde, com a presença da equipa médica, equipa de enfermagem, fisioterapeutas, dietistas e terapeutas da fala/ocupacionais e, por vezes, do farmacêutico. Nesta reunião eram discutidos casos de maior complexidade e procedimentos do serviço onde todos os elementos intervinham. Por vezes eram também apresentados, na maioria das vezes pelos estagiários, artigos científicos de interesse para o serviço, favorecendo a comunicação, a partilha de conhecimento e uma constante atualização na área dos Cuidados Paliativos.

Durante o estágio na UCCP foi possível assistir a várias sessões de *Journal Club* onde foram apresentados artigos relevantes sobre diferentes problemáticas em CP:

- Gonçalves M, Capelas ML. *Anorexia-Caquexia, nutrição e qualidade de vida no doente com cancro em Cuidados Paliativos*. Cuidados Paliativos (2016) 3:12-22
- Wigmore T, Farquhar-Smith P. *Opioids and cancer: friend or foe?*. Curr Opin Support Palliat Care (2016) 10:109–118

- Breitbart W. *Legacy in palliative care: Legacy that is lived*. Palliative and Supportive Care (2016), 14, 453–454
- Egniew TR. *The art of medicine- 7 skills to promote mastery*. Family Practice Management (2014), July/August 2014, 25-30

Durante a permanência na UCCP, apresentei um Journal Club com análise crítica do artigo:

- Temel JS, Greer JA, El-jawahri A, et al. *Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial*. J Clin Oncol. 2016;35(8).



## 5. Caso Clínico

---

Durante o meu estágio na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, foram muitos os doentes que observei e foram vários os que me marcaram e tiveram um impacto significativo em mim, tanto enquanto profissional de saúde, como enquanto pessoa. Foram vários os casos que levantaram questões que necessitavam de reflexão por parte de toda a equipa; questões sobre proporcionalidade de cuidados e simplificação terapêutica, sobre alimentação e hidratação em fim de vida, abordagem do sofrimento total, dilemas éticos em fim de vida.

Ao refletir sobre este caso, é inevitável constatar o quão importante é o conhecimento na área da comunicação. Segundo Bermejo, “para realizar bem as profissões de saúde não é suficiente possuir uma competência técnico-científica, mas é necessária também uma boa capacidade de comunicar. Um bom diagnóstico, uma boa anuência a um tratamento, um bom suporte emocional, a comunicação de uma má notícia, a solicitude do consentimento informado, etc. (...) terão tanto mais êxito e serão realizadas tanto mais na medida da dignidade da pessoa, quanto mais hábil for o profissional na relação de ajuda” (Bermejo, n.d.)

Quando me foi proposta a realização de um relato de um caso para a reflexão sobre a minha intervenção, a escolha foi fácil e imediata, uma vez que havia um doente que tinha acompanhado desde a sua entrada na unidade, até à data de alta, que tinha acompanhado diariamente e em que tinha sido necessária uma abordagem e intervenção em várias esferas do sofrimento. Por isso, escolhi descrever a história do Sr. Dias.

O Sr. Dias tinha 81 anos, era casado e vivia com a esposa na zona de Mafra na casa de família. Tinha 3 filhos e 5 netos, com os quais mantinha uma boa relação, e que via regularmente. Aos fins-de-semana a família juntava-se bastantes vezes em sua casa, momentos que prezava bastante. Era uma pessoa muito ativa, caçador há muitos anos, atividade que considerava fazer parte de quem era, “um dos poucos vícios que tinha!”,

fazia parte de si e que, em parte, o definia. O que mais gostava era a caça à perdiz, mas para isso era preciso “ter pernas”, e como essas nos últimos tempos já lhe faltavam, praticava mais caça aos javalis. Para além da caça, antes do aparecimento das queixas álgicas, praticava desporto, fazia caminhadas diariamente de 4,5 km e ia ao ginásio 3 vezes por semana.

O Sr. Dias tinha tido o diagnóstico de um adenocarcinoma da próstata em outubro de 2013, tendo sido submetido a Radioterapia externa e Braquiterapia. Realizou 3 anos de Bloqueio Androgénico Completo com Ciproterona e Leuprorrelina até setembro de 2016.

Em março de 2017, após ter iniciado um quadro álgico na coluna dorso-lombar e omoplata direita, foram-lhe diagnosticadas lesões osteolíticas secundárias em múltiplas vértebras dorsais. Iniciou radioterapia paliativa para controlo álgico de D1 e D6-D9. Após 2 sessões de radioterapia, iniciou um quadro de vómitos alimentares, dor e distensão abdominal, razão pela qual recorreu a um serviço de urgência. Foi-lhe diagnosticado um quadro de suboclusão intestinal e ficou internado na unidade.

Inicialmente, o principal objetivo foi o controlo sintomático. Percebi que o Sr. Dias inicialmente não tinha nenhuma expectativa concreta relativamente às visitas médicas. A sua expectativa ou esperança inicial seria que lhe conseguíssemos aliviar os sintomas que tinham motivado a ida ao hospital. Isso foi possível rapidamente, uma vez que conseguimos resolver o quadro de suboclusão com a terapêutica instituída (corticoterapia, anti-eméticos, pró-cinéticos e analgésicos).

O Sr. Dias cumpriu o plano de radioterapia contudo, após terminar, apresentava uma astenia marcada, com perda de função motora, e mantinha algumas dores. Passava a maioria do dia deitado na cama.

Nos dias seguintes, foi sendo otimizada terapêutica analgésica até se atingir controlo álgico e foi evidente uma melhoria do estado geral do Sr. Dias, com melhoria marcada

das queixas álgicas, com tolerância progressivamente maior à posição de sentado, com capacidade para deambular pequenas distâncias de forma autónoma.

Entretanto foi observado pela sua oncologista assistente e foi assumido tratar-se de um carcinoma oculto com metastização óssea, com indicação para iniciar quimioterapia. A intenção de iniciar quimioterapia tinha sido transmitida ao doente.

Percebi que não lhe tinha sido explicado os possíveis efeitos adversos de uma eventual quimioterapia. Expliquei-lhe que nenhuma quimioterapia tem apenas efeitos benéficos e existe sempre a possibilidade de reações adversas, dependendo do tipo de quimioterapia e do perfil de toxicidade. Foi bastante perentório quando afirmou que assim que sentisse que o tratamento estava a diminuir a sua qualidade de vida, a sua vontade seria suspendê-lo.

Um dos desejos que manifestava era o de voltar a caçar. Seria difícil que isso voltasse a acontecer tendo em conta a maior fragilidade que apresentava. Mas o que mais o preocupava era perder qualidade de vida, perder a sua autonomia, uma vez que, apesar da sua idade, sempre fora independente e nunca tinha precisado de depender de outros. Compreendia, contudo, que estava numa situação diferente, mais frágil e a precisar de maior apoio. Reconhecia que o início de tratamentos dirigidos à sua doença significava perda de qualidade de vida e, inevitavelmente, maior dependência. Queria viver os dias que tinha com qualidade, sem sofrimento.

Posteriormente teve nova conversa com oncologista assistente, foi explicado o plano de tratamento e eventuais reações adversas, assim como o objetivo do mesmo, que seria com o intuito de controlar a progressão da doença, e que não tinha intuito curativo. Após reflexão, o Sr. Dias concordou em iniciar tratamentos onco-dirigidos, com a ressalva de que, assim que experienciasse efeitos adversos que considerasse intoleráveis, suspenderia os mesmos. Percebi que estava tranquilo com essa decisão. Os filhos não eram uma preocupação, estavam “orientados” e eram felizes... Dizia-se preparado para morrer, só desejava que isso acontecesse sem dor. Tentei transmitir-lhe

que o objetivo era proporcionar-lhe a melhor qualidade de vida possível, minimizando o sofrimento. Tentei transmitir-lhe tranquilidade e segurança para o que se avizinhava.

Foi combinado iniciar tratamento ainda em internamento, com o objetivo de monitorizar eventuais reações adversas e intervir para controlo sintomático se necessário. Teve como efeitos adversos um episódio auto-limitado de náuseas e vômito, e algum cansaço.

Passados poucos dias sentia-se confiante em voltar para casa, para tentar retomar algumas das suas rotinas, consciente das suas limitações atuais. Antes da alta, já conseguia deambular pelo serviço de forma autónoma, algo que lhe dava muito prazer.

Antes da sua alta da unidade, conversámos sobre o seu fim de vida e sobre o que preferia quando esse momento chegasse. Manifestou a vontade de não querer morrer em casa, na casa de família onde toda a família se reunia, cheia de boas recordações. Não queria que um sítio onde toda a família tinha sido tão feliz ficasse manchada pela sua partida. Queria que todos continuassem a usufruir da casa, sem que esta ficasse associada à sua morte. Manifestou a vontade de morrer no hospital. Expliquei que a ligação que se tinha estabelecido com a equipa da unidade não terminava com a sua alta, que estaríamos sempre disponíveis para o que precisasse.

Agradeceu, comovido. Quando nos despedimos não pude deixar de lhe agradecer, pelo facto de ter podido conhecer um exemplo de coragem e de força de vontade.

Ao fazer a reflexão sobre este caso e sobre a minha intervenção, consigo compreender o quão complexo é, de facto, estabelecer uma relação empática e ter uma intervenção de ajuda efetiva.

Compreendo que os conhecimentos teóricos, por si só, não são suficientes para estabelecer uma relação de ajuda. Como é definido por Dietrich, a profissionalização da relação de ajuda (*Counselling*) "é no seu núcleo uma forma de relação auxiliante, interventiva e preventiva, em que um assessor, através de comunicação intencional, num período de tempo relativamente pequeno, provoca numa pessoa desorientada ou

sobrecarregada, um processo ativo de aprendizagem de tipo cognitivo-emocional, e no decurso do qual se podem melhorar a sua disposição de autoajuda, a sua capacidade de autodireção e a sua competência operativa”(Diettrich, 1986).

Uma relação de ajuda pressupõe, através do estabelecimento de uma relação empática, a identificação e exploração do problema em causa, perceber qual o significado e repercussão que esse problema tem na vida da pessoa, identificar quais os recursos que essa pessoa tem para enfrentar esse problema, confrontar com outras possibilidades, e incitar à ação. A relação de ajuda tem como objetivo que a pessoa ajudada fique mais consciente, responsável e capaz de agir (Bermejo, 1997). Para que esta relação de ajuda se estabeleça, é necessário existir uma comunicação empática, que tem por base 3 atitudes fundamentais (também conhecidas por tríade Rogeriana): aceitação incondicional, empatia terapêutica e autenticidade (Rogers, 1986).

Apesar de estas atitudes serem fundamentais, é também necessário que exista competência profissional, sendo esta constituída por mais do que a competência técnica. Segundo Bermejo, existem outras cinco competências (que designou de “competências leves”) que estão compreendidas na competência profissional, sendo elas a competência relacional, emocional, ética, espiritual e cultural (Bermejo, n.d.).

Tendo por base as atitudes fundamentais e a competência profissional, a comunicação empática e a relação de ajuda é possível através da utilização e aplicação de estratégias e competências de comunicação. Bermejo define como competências de comunicação a “escuta ativa, a resposta empática, técnicas de reformulação, de personalização, autorrevelação, confrontação e de ajuda à mudança” (Bermejo, 2011).

Inicialmente, a relação estabeleceu-se com base numa necessidade física, necessidade de alívio da dor e conforto, o que facilitou de alguma forma a aproximação do ponto de vista humano e permitiu de certa forma começar a construir uma relação de confiança. Uma das principais dificuldades que senti foi tentar compreender o que poderia estar a sentir uma pessoa que já tinha tido uma doença oncológica no passado, que tinha sido

submetido a tratamentos e que, supostamente, estava livre de doença, e que agora se via confrontado com outro diagnóstico oncológico, que não era ainda totalmente conhecido, mas já incurável. Na tentativa de compreender e estabelecer uma relação empática, tentei conhecer a pessoa que tinha diante de mim, saber o que fazia, qual era o seu dia-a-dia, o que gostava de fazer, quais os seus medos, preocupações e desejos. Penso que a criação de uma relação empática foi bastante facilitada tendo em conta a pessoa ajudada, uma pessoa de grande sabedoria e tranquilidade, com quem era muito fácil conversar, que sabia expressar os seus sentimentos e pensamentos, e que me permitiu aprender muito. Era de facto uma “pessoa boa”, que era genuinamente e espontaneamente empática.

Ao longo dos vários encontros foram estando implicadas diferentes dimensões da pessoa (corporal, intelectual, emotiva, social e espiritual), com oscilações em termos de predominância (Bermejo, 1997). Penso que inicialmente a dimensão predominante é a corporal, uma vez que existe descontrolo sintomático, com dor intensa e cansaço marcado, que dificulta bastante a expressão das outras dimensões. Ao longo do tempo, e com o controlo dos sintomas, ficando o doente mais confortável e disponível para o diálogo, foi possível abordar e explorar outras dimensões do doente de forma mais profunda.

Analisando de que forma as diferentes dimensões estão presentes neste caso:

- A dimensão corporal surge através do descontrolo sintomático inicialmente, nomeadamente pela dor e pelo cansaço marcados, decorrentes das lesões secundárias ao nível da coluna e da radioterapia anti-álgica que tinha feito conseqüentemente; ao longo do tempo foi possível uma melhoria e um controlo sintomático, com melhoria funcional e recuperação da capacidade motora, algo que foi muito importante para o doente.
- A dimensão intelectual esteve presente uma vez que permitiu, através da capacidade cognitiva e expressão de pensamentos, que falássemos do seu dia-a-dia, dos seus hobbies, explorámos as suas principais preocupações, a perda de autonomia, o medo

de sofrer, a perda de qualidade de vida; conversámos sobre a sua doença, sobre o tratamento e sobre o prognóstico de uma forma esclarecida e planificadora do futuro.

- A dimensão emotiva foi sendo evidente tanto através da expressão corporal como através das emoções expressas verbalmente pelo doente; ao longo do tempo demonstrou tristeza, mágoa, medo, alguma angústia e preocupação com o futuro, mas também alguma paz e gratidão.

- A dimensão social volta a estar presente através do explorar da sua vida previamente ao internamento, pelo facto de ser uma pessoa ativa e independente, com alguns hobbies que o satisfaziam e realizavam. Está presente também através do contexto familiar, falámos sobre os filhos e netos, o seu principal suporte.

- A dimensão espiritual vai estando presente de forma constante ao longo do tempo. Através da reflexão sobre o tratamento e qualidade de vida, do ponderar suspender esse mesmo tratamento se isso lhe trouxer uma diminuição na qualidade de vida, e conseguir sentir-se em paz com essa decisão. Pelo facto de se preocupar com o seu legado, o que deixa para a sua família, ao dizer que não gostaria de morrer em casa e de querer preservar essa herança. Fala sobre a morte e o morrer, de forma clara, dizendo estar preparado e tranquilo, mostrando-se preocupado com o possível sofrimento que daí advém. Não demonstrou necessidades religiosas ao longo das várias conversas que tivemos.

Refletindo sobre os vários encontros, um dos aspetos mais importantes é a questão da atitude perante a outra pessoa, que constitui de facto a “base” para o estabelecimento da relação de ajuda. É essencial que sejamos autênticos e sinceros durante a conversa, aceitando de forma incondicional o que nos é transmitido, sem tecer juízos de valor, tentando compreender o outro, o que possibilitará uma relação empática e, por conseguinte, terapêutica. Compreendi o quão importante é utilizar as diversas estratégias de comunicação e de como são úteis na relação de ajuda, reconhecendo a importância destas competências no desenvolvimento de relações empáticas terapêuticas na minha prática clínica.



## 6. Conclusão- Reflexão Final

---

Fazendo uma revisão do meu estágio de Cuidados Paliativos, posso afirmar que foi uma experiência rica em formação teórica e prática, mas também em pessoas, valores e ética de trabalho. Foi um estágio enriquecedor para a minha formação, enquanto interna de Oncologia, mas também como pessoa, tendo-se revelado de importância extrema para o meu internato.

Este estágio foi fundamental para a adquirir a capacidade de reconhecimento do doente paliativo e doente terminal e a abordagem global e holística que é necessária. Tornou-se evidente a importância de uma abordagem que aborda o sofrimento total, com intervenção nas várias esferas do doente, que influenciam o bem-estar e qualidade de vida do mesmo. Para esta abordagem ser possível, é necessário estar presente a noção de dignidade, o reconhecimento do doente como indivíduo, com todas as suas dimensões e não apenas como a sua doença: reconhecer sintomas e conseguir perceber que muitas vezes o sofrimento não é a dor física, e saber abordá-lo; conhecer e valorizar a história de vida da pessoa, saber quais as suas preocupações e receios, conhecer expectativas e objetivos para o futuro.

Reverendo os objetivos a que me propus, considero que foram alcançados. Ao integrar a equipa e ao participar no trabalho realizado na unidade diariamente, adquiri a noção de doente paliativo e as bases necessárias para uma intervenção paliativa, assim como reconhecer e intervir no doente em sofrimento, de forma global, integradora, e promotora de dignidade.

Uma das valências em que pude adquirir mais conhecimentos foi a do controlo sintomático. Pude adquirir competência na identificação de sintomas decorrentes da doença e secundários a terapêuticas dirigidas, e gerir esses mesmo sintomas, alcançando ao longo do estágio alguma experiência na utilização de fármacos e terapêuticas de suporte. Ao interagir com estes doentes, reconhecer o seu sofrimento e identificar os seus sintomas, pude também adquirir alguma experiência no

reconhecimento de sintomas refratários e que necessitam de uma abordagem mais complexa, por vezes com necessidade de recurso a perfusão de fármacos, de forma ponderada e com reavaliações frequentes, ou com necessidade a uma abordagem em equipa paliativa com uma intervenção mais intensiva da equipa médica, de enfermagem e psicóloga.

Outra das valências em que reconheço uma grande aprendizagem é na comunicação, tanto com o doente como com a família. Ao assistir à abordagem utilizada pelos vários profissionais da equipa, consegui compreender e adquirir competências no diálogo sobre a doença, prognóstico e plano de tratamento, assim como no reconhecimento de forma empática dos sentimentos, emoções e desejos do doente, permitindo que este expresse a sua vontade, respeitando-a. Durante o estágio tive a oportunidade de assistir e realizar a inúmeros pontos de situação e conferências familiares, o que me deu a possibilidade de praticar a transmissão de más notícias, o esclarecimento sobre a situação clínica e plano de cuidados, assim como manejar as emoções e preocupações expressas pelos familiares e cuidadores.

Pude também assistir a discussões clínicas sobre dilemas éticos, nomeadamente sobre a utilização de terapêuticas de suporte, alimentação, antibioterapia, terapêuticas dirigidas à doença, aplicação de medidas invasivas, entre outras, com necessidade de tomada de decisões que iriam ditar o plano de cuidados de determinado doente. Reconheço que foi sempre adotada uma conduta que respeitou a bioética, os valores e desejos dos doentes, privilegiando a escolha individual e dignidade, mas respeitando os princípios de benevolência, não maleficência e justiça.

Um dos principais pontos fortes desta equipa e da unidade é a o trabalho em equipa multidisciplinar, o que permite uma abordagem concertada, coordenada e global. O trabalho diário na unidade depende da coordenação de toda a equipa para que este tipo de abordagem seja possível, razão pela qual é de extrema importância a reunião diária ao início da manhã, que envolve a equipa médica, enfermeiros e psicóloga, e que

permite delinear um plano de cuidados para cada doente, e que este plano seja de conhecimento de toda a equipa. Outro aspeto a salientar é o incentivo à intervenção de voluntários, que apoiam tanto o doente como a sua família. Estes voluntários recebem formação na área e são elucidados sobre o doente e plano de cuidados, de forma a assegurar a continuidade dos mesmos.

A formação dos internos a realizar estágio foi uma preocupação constante, sobretudo através do envio de bibliografia pela Dr<sup>a</sup>. Isabel Galriça Neto, cujo objetivo era o envio de literatura pertinente e direcionada a temáticas abordadas no dia-a-dia da unidade, ou outras que fossem relevantes. Foi-me então possível ler bibliografia sobre os principais assuntos abordados ao longo do meu estágio, nomeadamente, controlo sintomático, indicação para terapêuticas dirigidas, suspensão de terapêuticas fúteis, alimentação e hidratação, antibioterapia, eutanásia, entre outros.

Este foi um estágio que me obrigou a refletir sobre o meu papel na sociedade, como médica e como pessoa, a consciencializar-se sobre as minhas capacidades, competências e fragilidades, e a ponderar como posso aplicar todos os conhecimentos adquiridos no futuro. Penso que este reconhecimento de mim enquanto pessoa, colega, médica, me forneceu ferramentas para que as competências adquiridas sejam empregues e que continuem a desenvolver-se na minha prática clínica.

A bagagem que adquiri neste estágio permite-me enfrentar o restante internato de Oncologia médica com mais ferramentas clínicas, conhecimento e competências que, sem dúvida, me ajudarão num futuro próximo. O desafio será continuar a aplicar tudo o que aprendi no meu percurso na medicina, continuar a aprofundar o meu conhecimento na área e transmitir conhecimentos e práticas a colegas e outros profissionais de saúde.

É bastante recompensador o contacto com os doentes e constatar o seu reconhecimento com os cuidados prestados. No entanto, tenho consciência das minhas

limitações e do conhecimento que ainda tenho a adquirir na área, e sei que o caminho a percorrer ainda é longo, mas estou motivada para ele.

Gostaria de agradecer a toda a equipa da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz Lisboa pelos 3 meses de estágio. Saliento a equipa de enfermagem pela atenção na integração dos internos em estágio e pelo trabalho em equipa diário. Um agradecimento à equipa médica, à Dr<sup>a</sup> Rita Abril pela disponibilidade e apoio diário, assim como aos internos com quem tive o prazer de partilhar estes meses, pela partilha de experiências e de conhecimento científico.

Um agradecimento especial à Dr<sup>a</sup> Isabel Galriça Neto por me ter recebido na unidade e pela orientação ao longo do meu estágio.

## 7. Projeto de Investigação

---

Inserido no Mestrado em Cuidados Paliativos e na sequência do meu estágio na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz Lisboa, proponho-me à realização de um estudo retrospectivo sobre a prevalência de polifarmácia na população de doentes oncológicos em fim de vida.

O projeto de Investigação está descrito em seguida.

## A prevalência da polifarmácia na população de doentes oncológicos em fim de vida

Palavras-chave: Doença oncológica avançada, Doente paliativo, Fim de vida, Polifarmácia, Futilidade terapêutica.

Autor: Joana Lúcia Antunes da Graça, Mestre em Medicina, Interna de Formação Específica em Oncologia Médica. Serviço de Oncologia Médica, Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

### Problemática:

A polifarmácia é um problema real e crescente, que se verifica principalmente na população idosa, com múltiplas patologias e necessidade de terapêutica dirigida a cada uma delas. Em doentes com múltiplas comorbilidades, a polifarmácia é frequente e está associada a um risco de interações medicamentosas, reações adversas e até mesmo problemas económicos.

Nos doentes oncológicos o problema também ocorre, uma vez que muitos destes apresentam concomitantemente outras patologias. Nestes casos, à terapêutica onco-específica são acrescidos fármacos para o controlo das restantes patologias e a prevenção de eventos a médio e longo prazo.

Nos doentes oncológicos em fim de vida, é frequente o aparecimento de sintomas decorrentes da progressão da doença oncológica, nomeadamente dor, dispneia, astenia, náuseas e vómitos, alterações do trânsito intestinal, entre outros. Neste grupo de doentes, o principal objetivo dos cuidados prestados deve ser o controlo de sintomas e melhoria da qualidade de vida. Assim, nesta fase, impõe-se a necessidade de uma otimização terapêutica, cujo enfoque deverá ser o controlo sintomático, e uma simplificação terapêutica, suspendendo terapêutica fútil, que não traga benefício para o doente.

Contudo, apesar do reconhecimento da necessidade de adequação terapêutica em fim de vida, a verdade é que muitos doentes mantêm a terapêutica onco-específica e fármacos dirigidos a outras comorbilidades até bastante tarde. Esta acumulação de

fármacos, que têm objetivos diferentes, uns para controlo de doença, outros para controlo de sintomas, levam a uma sobrecarga para o doente e família. A polifarmácia e a continuação de terapêutica fútil podem levar a uma menor *compliance* por parte do doente, mas também a um maior risco de interações medicamentosas e eventuais efeitos deletérios para o doente.

#### Objetivos da investigação:

Este estudo tem como objetivo quantificar os doentes com doença oncológica avançada, que estão a receber polifarmácia em fim de vida, e identificar quantos destes doentes estão sob fármacos desnecessários ou potencialmente desnecessários.

#### Hipóteses de investigação:

Os doentes oncológicos em fase final de vida poderão não apresentar um plano terapêutico adequado às suas necessidades, apresentando-se poli-medicados e com terapêutica desnecessária.

#### Estado da Arte:

Os doentes com doença oncológica avançada muitas vezes necessitam de múltipla terapêutica sintomática, de várias classes farmacológicas, para além da terapêutica onco-dirigida assim como para outras comorbilidades. À medida que a doença oncológica progride, há uma alteração de objetivos dos cuidados prestados à medida que a esperança de vida vai diminuindo. Se esta mudança não for acompanhada por uma adaptação da terapêutica, existe o risco de manter terapêutica fútil e desproporcionada, assim como interações medicamentosas com efeitos nefastos para o doente. (Klepstad, Kaasa, Cherny, Hanks, & de Conno, 2005)(Soh et al., 2012)

Foi até mesmo demonstrado que no último ano de vida, o número de fármacos utilizados por um doente aumenta significativamente. (Currow, Stevenson, Abernethy, Plummer, & Shelby-James, 2007)

No final de vida, há uma alteração na forma como o organismo responde à terapêutica, principalmente por alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, derivadas em grande parte por um declínio na função renal. Isto pode, em teoria, aumentar a probabilidade de toxicidade. (Currow et al., 2007)

De acordo com a literatura, uma intervenção médica fútil é descrita como uma intervenção que já não proporciona um benefício claro aos doentes, não alcança um objetivo, tem potencial para ser prejudicial. (Escalante, Martin, Elting, & Rubenstein, 1997)

A simplificação terapêutica pode ser definida como um processo de otimização de regimes terapêuticos, que assenta na cessação de fármacos potencialmente inapropriados ou desnecessários. (Akinbolade, 2016)

Um estudo europeu, multicêntrico, com 2282 doentes oncológicos analisou a utilização de fármacos em doentes com dor crónica intensa e medicados com opióides fortes (pela definição da OMS). Constataram que estes doentes receberam em média 7,8 fármacos (de 1 a 20) e que mais de um quarto dos doentes receberam 10 ou mais fármacos. As classes de fármacos mais frequentemente coadministradas foram os inibidores da bomba de prótons, laxantes, corticosteroides, paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides, pró-cinéticos, benzodiazepinas, anticoagulantes, antibióticos, anticonvulsivantes, diuréticos e antidepressivos. Aproximadamente 45% dos doentes receberam fármacos desnecessários ou potencialmente desnecessários, e cerca de 7% recebeu fármacos em duplicado ou antagonistas (Kotlinska-Lemieszek, Paulsen, Kaasa, & Klepstad, 2014).

Num outro estudo retrospectivo, foi avaliado o número de doentes com doença oncológica avançada, internados, em fase final de vida, sob polifarmácia. Nos 9 dias antes da morte do doente, 95% destes apresentavam prescrições com 11 fármacos diferentes por dia (9-13). Apesar deste número ter descido significativamente, no último

dia de vida 61% dos doentes ainda se apresentava medicado com 4 ou mais fármacos. (Kierner, Weixler, Masel, Gartner, & Watzke, 2016)

Tendo em conta todas estas condicionantes, é recomendado que doentes com doenças crónicas e progressivas sejam frequentemente avaliados e revista a sua terapêutica habitual, de forma a que se identifiquem fármacos inapropriados ou desnecessários, reduzindo a polifarmácia e os riscos que daí advêm.

Existem várias escalas e modelos de avaliação de prognóstico que podem ser utilizadas para fornecer uma estimativa de prognóstico de um determinado doente, o que pode ser uma ferramenta útil para a revisão terapêutica e, eventualmente, a sua simplificação.

Durante a última década, vários scores de prognóstico têm sido apresentadas e validadas, nomeadamente a *Palliative Prognostic Score* (PaP score) (Pirovano et al., 1999), a *Palliative Prognostic Index* (PPI)(Morita, 1999), e a *Palliative Performance Scale* (PPS)(Lau, Downing, Lesperance, Shaw, & Kuziemy, 2006).

## Metodologia

### a) Tipo/Desenho de Estudo

O estudo consistirá na inicialmente na avaliação da população de doentes oncológicos internados num Serviço de Oncologia médica, e identificar o subgrupo de doentes com doença avançada e em fim de vida, através da aplicação de uma escala de prognóstico. Seguidamente, neste subgrupo serão analisadas as terapêuticas instituídas e em curso, de forma a quantificar o número de fármacos prescritos assim como terapêutica desnecessária ou potencialmente desnecessária. Esta avaliação será feita no dia do internamento e nas 24 horas que antecederam ou a alta hospitalar/transferência ou a morte do doente.

Consistirá num estudo retrospectivo, unicêntrico e longitudinal.

#### b) Seleção da Amostra e procedimentos de Amostragem

A amostra serão os doentes oncológicos internados num Serviço de oncologia, de janeiro de 2016 a dezembro de 2017, com probabilidade de sobrevivência aos 30 dias inferior a 30%, através da aplicação do PaP score (vide em Anexo 10.1.6), ou seja com um PaP score entre 11.1 - 17.5.

São excluídos os doentes que permaneceram internados um período inferior a 48 horas.

#### c) Métodos/Procedimentos de abordagem

Serão recolhidos os dados sociodemográficos, relacionados com a doença oncológica e outras comorbilidades, assim como variáveis médicas de cada doente.

Será contabilizado o número de fármacos prescritos em dois pontos temporais: no dia de admissão no internamento e nas 24 horas que antecederam ou a alta hospitalar/transferência ou a morte do doente.

Os fármacos serão categorizados nos seguintes grupos farmacológicos: analgésicos opióides, analgésicos não-opióides, antidepressivos, antipsicóticos, benzodiazepinas, sedativos, anti-agregantes plaquetários, anticoagulantes, antimicrobianos (antibióticos, anti-virais, anti-fúngicos), anti-hipertensores, anti-arrítmicos, e diuréticos), agentes anti-tumorais, fluidos (cristaloides, colóides, nutrição parentérica e hemoderivados), protetores gástricos, laxantes, corticosteroides, anti-eméticos, estatinas, anti-diabéticos orais, vitaminas e minerais.

#### d) Instrumentos de colheita de dados e/ou avaliação

Para a seleção da amostra será aplicado o PaP score, que inclui o uso de anorexia, dispneia, contagem total de leucócitos e percentagem de linfócitos, juntamente com a *Karnofsky Performance Scale* e predição de sobrevivência. Com base nos resultados dessas variáveis, os doentes são agrupados em 3 grupos de prognóstico, com probabilidade de sobrevivência em 30 dias > 70%, 30-70% ou <30% (Pirovano et al., 1999).

A avaliação da polifarmácia e a quantificação de fármacos desnecessários ou potencialmente desnecessários será feita através da análise dos dados recolhidos.

Foram considerados “fármacos desnecessários” nos casos em que o tratamento não apresentava um efeito benéfico no controlo de sintomas, qualidade de vida, ou sobrevivência, nomeadamente estatinas, antidiabéticos orais, terapêutica hormonal de substituição, vitaminas, e alguns minerais (excepto potássio, cálcio, magnésio e ferro). Foram ainda considerados como “fármacos potencialmente desnecessários” terapêuticas cuja futilidade não pode ser atribuída definitivamente de forma retrospectiva, mas muito provável tendo em conta um baixo Performance status (Karnofsky performance score < 50%) e uma esperança de vida reduzida. Foram considerados como “potencialmente desnecessários” terapêutica onco-dirigida, acetato de megestrol, fármacos cardiovasculares, protetores gástricos, e alopurinol. Os fármacos cardiovasculares incluídos foram os anti-hipertensores (excepto os diuréticos), anti-arrítmicos, e anti-agregantes plaquetários. (Soh et al., 2012)(Riechelmann, Krzyzanowska, & Zimmermann, 2009)(Akinbolade, 2016)

e) Local/Locais de colheita de dados

Os dados serão recolhidos no Serviço de Oncologia do Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Tratamento e análise dos dados:

As variáveis contínuas serão expressas como média e em erro padrão da média ou em mediana e em intervalo interquartilico.

As variáveis categóricas serão expressas em números e percentagens.

Prevê-se a utilização do modelo de regressão logística e análise de multivariáveis para identificar potenciais fatores associados a polifarmácia.

Será utilizado o software IBM SPSS v22.0.

Garantia de Confidencialidade e Consentimento Informado:

Após esclarecimento dos objetivos e desenho do estudo, será obtido consentimento informado através da assinatura voluntária de um documento em papel.

Não existe previsão de benefícios para os participantes nem risco de prejuízos ou de custos para participar.

Este projeto de investigação será apresentado à comissão de ética e investigação do hospital para avaliação.

**Cronograma do Plano de Trabalhos:**

	2019	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho
<i>Seleção da amostra</i>	X	X						
<i>Colheita de dados</i>			X	X				
<i>Tratamento e análise de dados</i>						X		
<i>Elaboração do Relatório final</i>							X	X

**Bibliografia de referência:**

Akinbolade, O. (2016). Desprescribing in advanced illness. *Progress in Palliative Care*. <https://doi.org/10.1080/09699260.2016.1192321>

Currow, D. C., Stevenson, J. P., Abernethy, A. P., Plummer, J., & Shelby-James, T. M. (2007). Prescribing in palliative care as death approaches. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(4), 590–595. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01124.x>

Escalante, C. P., Martin, C. G., Elting, L. S., & Rubenstein, E. B. (1997). Medical futility and appropriate medical care in patients whose death is thought to be imminent. *Supportive Care in Cancer*, 5(4), 274–280. <https://doi.org/10.1007/s005200050074>

Kierner, K. A., Weixler, D., Masel, E. K., Gartner, V., & Watzke, H. H. (2016). Polypharmacy

- in the terminal stage of cancer. *Supportive Care in Cancer*, 24(5), 2067–2074. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-3007-z>
- Klepstad, P., Kaasa, S., Cherny, N., Hanks, G., & de Conno, F. (2005). Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross sectional survey from the European Association for Palliative Care Research Network. *Palliative Medicine*, 19(6), 477–484. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm1054oa>
- Kotlinska-Lemieszek, A., Paulsen, Ø., Kaasa, S., & Klepstad, P. (2014). Polypharmacy in patients with advanced cancer and pain: A european cross-sectional study of 2282 patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(6), 1145–1159. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.03.008>
- Lau, F., Downing, G. M., Lesperance, M., Shaw, J., & Kuziemy, C. (2006). Use of Palliative Performance Scale in end-of-life prognostication. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1066–1075. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1066>
- Morita, T. (1999). The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*, 7(3), 128–33.
- Pirovano, M., Maltoni, M., Nanni, O., Marinari, M., Indelli, M., Zaninetta, G., ... Luporini, G. (1999). A new palliative prognostic score: A first step for the staging of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(4), 231–239. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(98\)00145-6](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(98)00145-6)
- Riechelmann, R. P., Krzyzanowska, M. K., & Zimmermann, C. (2009). Futile medication use in terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 17(6), 745–748. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0541-y>
- Soh, T. I. P., Yuen, Y.-C., Teo, C., Lim, S.-W., Chan, N., & Wong, A. S. C. (2012). Targeted Therapy at the End of Life in Advanced Cancer Patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(9), 991–997. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0050>

#### Orçamento/financiamento:

Prevêm-se apenas custos associados à impressão dos documentos de consentimento informado.



## 8. Bibliografia

---

- Akinbolade, O. (2016). Desprescribing in advanced illness. *Progress in Palliative Care*.  
<https://doi.org/10.1080/09699260.2016.1192321>
- Barbosa, A. et alli. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (Núcleo de). Lisboa.
- Bermejo, J. C. (n.d.). *Apontamentos para uma introdução ao counselling em cuidados paliativos*.
- Bermejo, J. C. (1997). *Humanizar la salud: : Humanización y relación de ayuda en enfermería*. Madrid, San Pablo.
- Bermejo, J. C. (2011). *Introducción al counseling*. Sal Terrae, Santander.
- Blinderman CD, B. J. (2015). Comfort care for patients dying in the hospital. *N Engl J Med.*, 373, 2549–61.
- Braga, Beatriz; Rodrigues, Joana; Alves, Mariana; Galriça Neto, I. (2017). Practical Guide: Approach to the Period Called Agony. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*.
- Cherny, L. (2009). European Association for Palliative Care recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Pall Med*.
- Currow, D. C., Stevenson, J. P., Abernethy, A. P., Plummer, J., & Shelby-James, T. M. (2007). Prescribing in palliative care as death approaches. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(4), 590–595. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01124.x>
- Diário da República, 1.a série, N.o 28 - Portaria n.o 84/2010*. (n.d.).
- Dietrich, G. (1986). *Psicología general del counselling*. Barcelona: Herder.
- Dittrich C, Kosty M, Jezdic S, Pyle D, Berardi R, Bergh J, et al. (2016). *ESMO / ASCO Recommendations for a Global Curriculum in Medical Oncology Edition 2016, ESMO Open [Internet]*. Retrieved from <http://esmoopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/esmoopen-2016-000097>
- Escalante, C. P., Martin, C. G., Elting, L. S., & Rubenstein, E. B. (1997). Medical futility and appropriate medical care in patients whose death is thought to be imminent. *Supportive Care in Cancer*, 5(4), 274–280. <https://doi.org/10.1007/s005200050074>

- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, M. C. et al. (2013). *GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11*. Lyon, France.
- Gamondi, Claudia; Larkin, Philip; Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education. *European Journal of Palliative Care*, 20(2).
- GBD 2015 Risk Factors Collaborators. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388 (10053), 1659–1724.
- Kelley AS, M. R. (2015). Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med.*, 373, 747–55.
- Kierner, K. A., Weixler, D., Masel, E. K., Gartner, V., & Watzke, H. H. (2016). Polypharmacy in the terminal stage of cancer. *Supportive Care in Cancer*, 24(5), 2067–2074. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-3007-z>
- Klepstad, P., Kaasa, S., Cherny, N., Hanks, G., & de Conno, F. (2005). Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross sectional survey from the European Association for Palliative Care Research Network. *Palliative Medicine*, 19(6), 477–484. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm1054oa>
- Kotlinska-Lemieszek, A., Paulsen, Ø., Kaasa, S., & Klepstad, P. (2014). Polypharmacy in patients with advanced cancer and pain: A european cross-sectional study of 2282 patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(6), 1145–1159. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.03.008>
- Lau, F., Downing, G. M., Lesperance, M., Shaw, J., & Kuziemy, C. (2006). Use of Palliative Performance Scale in end-of-life prognostication. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1066–1075. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1066>
- Librach L., G.-J. W. (2000). The Last Hours. In *Ian Anderson Program in End-of-Life Care*. Toronto.
- Morita, T. (1999). The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*, 7(3), 128–33.
- Pinto Costa, R. M. (2013). A doença oncológica no fórum da História: breve síntese sobre

- a evolução da luta anticancerosa em Portugal. *Saúde e Tecnologia*, e28–e32.
- Pirovano, M., Maltoni, M., Nanni, O., Marinari, M., Indelli, M., Zaninetta, G., ... Luporini, G. (1999). A new palliative prognostic score: A first step for the staging of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(4), 231–239. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(98\)00145-6](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(98)00145-6)
- Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, F. S. (2016). Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health*, 4(9), 609–16. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30143-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30143-7)
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS*. Lisboa.
- Riechelmann, R. P., Krzyzanowska, M. K., & Zimmermann, C. (2009). Futile medication use in terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 17(6), 745–748. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0541-y>
- Rogers, C. (1986). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona, Paidós.
- Scottish Palliative Care Guidelines: Healthcare Improvement Scotland. (2014).
- Soh, T. I. P., Yuen, Y.-C., Teo, C., Lim, S.-W., Chan, N., & Wong, A. S. C. (2012). Targeted Therapy at the End of Life in Advanced Cancer Patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(9), 991–997. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0050>
- Stewart BW, Wild CP, E. (2014). *World cancer report 2014*. Lyon, France.
- World Health Organization. (2018). Fact Sheets Cancer. Retrieved June 17, 2018, from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>




## 9. Anexos

---

### 9.1 DOCUMENTOS RELATIVOS ÀS ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

#### 9.1.1 Certificado de conclusão do Mestrado Integrado em Medicina

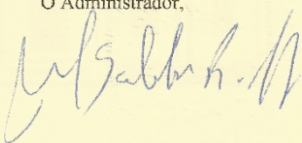
  
*UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA*  
*Faculdade de Ciências Médicas*

MANUEL SALVADOR RODRIGUES ALVES, Administrador da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

CERTIFICA, que do registo número 283/2014, consta que **JOANA LÚCIA ANTUNES DA GRAÇA**, com o Cartão de Cidadão n.º 13562074, emitido em Portugal, concluiu nesta Faculdade o curso de Mestrado Integrado em MEDICINA, (360 ECTS), tendo sido aprovado com a classificação final de 17 (Dezassete) Valores, em 2014-07-22, pelo que lhe é conferido o grau de Mestre em MEDICINA.

A presente vai firmada com o selo branco desta Faculdade.

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, em 4 de Agosto de 2014.

O Administrador,  


Em.º da cert. 50€  
Urgência \_\_\_\_\_  
Total 50€

Conferido, ALCANTO

2008112

Mod. F.C.M. Ac 1/05

## 9.1.2 Certificado de funções como monitora nas aulas práticas de Fisiologia



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
Faculdade de Ciências Médicas

### **Declaração**

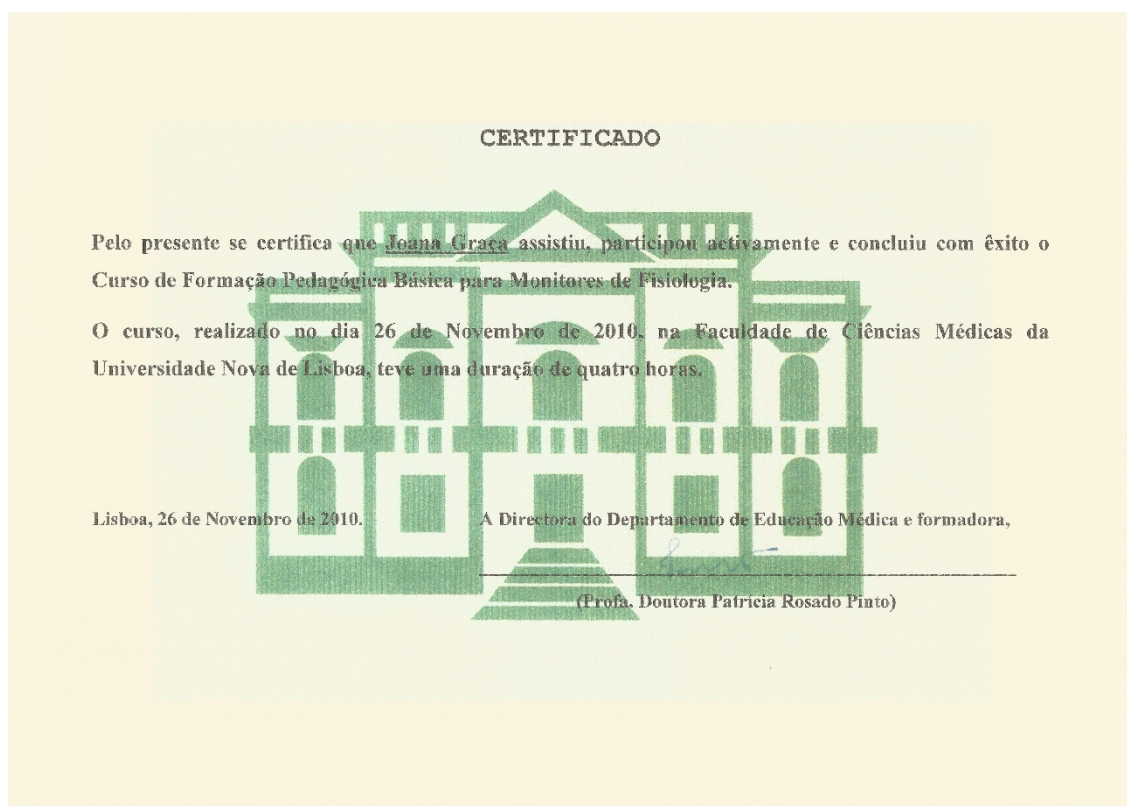
**Joana Lúcia Antunes da Graça** foi monitora voluntária, a convite da Unidade Curricular, nas aulas práticas de Fisiologia no ano letivo 2010/11, com uma prestação que foi relevante para o ensino.

Lisboa, 16 de Junho 2014

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
Faculdade de Ciências Médicas  
Departamento de Fisiologia  
Campo Santana, 130  
1199 Lisboa, Codex

Prof. Doutor Pedro Freire da Costa  
(Regente da Unidade Curricular de Fisiologia)

9.1.3 Certificado do Curso de Formação Pedagógica Básica para Monitores de Fisiologia



#### 9.1.4 Declaração de exercício de funções como representante dos alunos no 5.º e 6.º ano do Mestrado Integrado em Medicina



### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que, nos anos letivos 2012/2013 e 2013/2014, a aluna Joana Lúcia Antunes Graça, representou, respetivamente, os alunos do 5.º e 6.º anos do Mestrado Integrado em Medicina, no Conselho Pedagógico da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Lisboa, 23 de junho de 2014

A Subdiretora, Presidente do Conselho Pedagógico

*Emília Emília Monteiro*

Professora Doutora Emília Monteiro

## 9.2 DOCUMENTO RELATIVO AO ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS NO HOSPITAL DA LUZ

### 9.2.1 Documento relativo a Formação em Cuidados Paliativos – Estágios na Unidade de Cuidados Paliativos



UNIDADE de CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITAL da LUZ

#### Estágios de trabalho e visitas de observação

##### 1. Orientações Gerais

A nossa Equipa deseja-lhe em primeiro lugar as **Boas Vindas** e espera que esta visita/ estágio entre nós decorra da melhor forma possível.

Gostaríamos de lhe lembrar alguns aspectos que nos parecem relevantes para que possa retirar o máximo proveito da estada entre nós:

- Ao longo da sua visita estará mais ligado a um dos elementos da equipa: pedimos-lhe que em função dos interesses e disponibilidades comuns elabore um **Programa e Horário** das suas actividades.
- É fundamental que explicita com a equipa e mais particularmente com os orientadores do seu estágio quais os **OBJECTIVOS** do mesmo; convidamo-lo a reflectir sobre o assunto e a elaborar uma pequena lista pessoal com os mesmos
- Se está particularmente interessado numa área determinada não se coíba de a mencionar no início do seu estágio
- A maior parte da probabilidade do sucesso deste tempo está nas suas mãos: convidamo-lo a fazer propostas, a reflectir sobre a sua e a nossa prática e a formular propostas concretas de mudança para o seu futuro profissional
- Não hesite em colocar todas as questões que entender como pertinentes: as perguntas são bem-vindas e não perca a oportunidade de as esclarecer
- As actividades da Equipa decorrem ao longo das 24h. Fazemos diariamente reuniões breves de revisão geral dos casos e temos semanalmente, à 3ª feira à tarde (14h30-16h00), realizamos reuniões multidisciplinares alargadas, a que se segue a reunião de passagem de turno de enfermagem. Convida-mo-lo a participar das actividades da nossa equipa como observador mas também de forma activa, sob a nossa orientação.

Formação em Cuidados Paliativos; Estágios e Visitas  
Unidade C.Paliativos Hospital da Luz, Lisboa

1

- No final da visita/estágio solicitamos-lhe que proceda à **Avaliação** do seu estágio, de uma forma objectiva e clara (aspectos mais positivos e negativos).
- Convida-mo-lo/a ainda a assumir um **Compromisso de Mudança** para o futuro, integrando aspectos da sua aprendizagem connosco, com a formulação de 2 ou 3 aspectos concretos a melhorar na prática clínica, que dependam apenas da sua actuação, e que poderá aplicar na sua vida profissional futura.
- Em função da duração do seu estágio, poderá também ser convidado a apresentar em reunião da equipa um pequeno tópico (comentário a artigo interessante, tema polémico, resumo de congresso, etc ), em não mais de 15 minutos. Solicite antecipadamente à Coordenação da equipa o apoio para os audiovisuais necessários bem como outros materiais de apoio.
- Sugerimos que, em função de tópicos levantados a partir da observação de doentes ou de áreas que sejam alvo de discussão durante o estágio, complemente e enriqueça o seu trabalho através do recurso a bibliografia especializada e mais detalhada.
- O enquadramento completo das actividades da equipa consta da monografia disponível na intranet do Hospital (sob o tópico Cuidados Continuados/Cuidados Paliativos). Sugerimos-lhe que o analise logo no início da sua passagem entre nós pois será seguramente enquadrador das actividades que desenvolverá em seu proveito.

Mais uma vez reforçamos os nossos votos de que este estágio represente uma oportunidade de mudança e crescimento na sua vida profissional e pessoal. Para qualquer dúvida sinta-se à vontade para colocar abertamente as suas questões e faremos todo o possível para, dentro das nossas possibilidades, ir ao encontro das suas necessidades.  
Desejamos-lhe o maior dos sucessos!

A Directora da Unidade

Isabel Galriça Neto

## **2 - Estágios de curta duração (duração igual ou menor de 2 semanas)**

### **Finalidades**

- Contribuir para a formação e desenvolvimento de acções paliativas na prática clínica dos estagiários
- Motivar para a formação específica pós-graduada em cuidados paliativos
- Facilitar a articulação com e a integração em equipas especializadas de cuidados paliativos

### **Objectivo geral**

- Compreender a organização de várias tipologias de prestação de cuidados paliativos e o trabalho aí desenvolvido

### **Objectivos específicos**

O profissional no fim do estágio deve:

- Adquirir conhecimentos práticos na área do controlo sintomático em cuidados paliativos
- Integrar aspectos relacionais e de comunicação em cuidados paliativos
- Experienciar modalidades de apoio à família (nomeadamente conferência familiar, sempre que possível)
- Avaliar aspectos psicossociais e espirituais em cuidados paliativos
- Vivenciar o processo de trabalho em equipa

### **Natureza do estágio**

É um estágio tutorado, predominantemente observacional (sem prejuízo de realizar alguns actos clínicos de acordo com o nível de autonomia que demonstrar ter), e em que o interno deve acompanhar activa e reflexivamente todas as actividades em cuidados paliativos do seu tutor.

### **Procedimentos de planeamento**

Deverá ser feita antecipadamente a proposta do estágio e articulada devidamente com a coordenação da Unidade e com a Direcção do Internato.

### **Avaliação**

A avaliação compreenderá duas dimensões:

1. Validação da assiduidade e atitude (formulário próprio).
2. Apreciação de relatório de estágio (aprovado/não aprovado) pelo tutor.

**Pretende-se que no final deste estágio o estagiário seja capaz de:**

### **Ao nível dos CONHECIMENTOS:**

- Descrever os princípios gerais dos cuidados paliativos
- Conhecer as recomendações acerca dos critérios para identificar um doente com necessidade de Cuidados Paliativos

- Conhecer o conceito de dor total e os princípios fundamentais na avaliação e controlo da dor (enumerar pelo menos, quatro)
- Sintetizar os objectivos da prestação dos cuidados paliativos enquanto intervenção no sofrimento associado à doença grave e/ou avançada
- Reconhecer algumas das especificidades inerentes à operacionalização do conceito de dignidade e da busca de sentido na prestação de cuidados paliativos
- Reconhecer as situações éticas mais controversas em fim de vida, como a adequação do esforço terapêutico, a suspensão de medidas fúteis e a discussão de planos antecipados de cuidados.

**Ao nível das ATITUDES:**

- Valorizar o doente e a família como a unidade receptora de cuidados em cuidados paliativos e cuja autonomia, valores e decisões devem ser respeitadas, numa prática centrada no paciente e na família (e não nos profissionais de saúde)
- Tomar consciência dos seus (do estagiário) principais medos face ao sofrimento e à morte
- Valorizar o sofrimento como experiência única, individual e complexa
- Valorizar o impacto da dor não controlada e da comunicação deficiente no sofrimento do doente terminal
- Tomar consciência de como as experiências pessoais e profissionais passadas influenciam o trabalho com os pacientes e famílias
- Tomar consciência das barreiras que limitam o acesso aos cuidados paliativos
- Valorizar e integrar o trabalho interdisciplinar na sua prática

**Ao nível das APTIDÕES:**

- Aplicar uma check-list para avaliação das necessidades dos doentes e família a serem avaliadas nos diferentes contextos da prática de cuidados paliativos
- Integrar e aplicar os princípios da prescrição de opioides e de outras terapêuticas dirigidas ao controlo sintomático, bem como a justificação para a construção de um regime terapêutico correcto neste contexto clínico
- Praticar a auto-reflexão em ambiente de trabalho sobre o impacto da realidade dos cuidados paliativos em si próprio

### **3 – Estágios de média duração (duração superior a 2 semanas e até 3 meses)**

#### **Finalidades**

- Contribuir para a formação e desenvolvimento de acções paliativas na prática clínica dos estagiários
- Motivar para a formação específica pós-graduada em cuidados paliativos
- Facilitar a articulação com e a integração em equipas especializadas de cuidados paliativos

#### **Objectivo geral**

- Compreender a organização de várias tipologias de prestação de cuidados paliativos e o trabalho aí desenvolvido, e adequar a prestação de cuidados a esta tipologia de doentes

#### **Objectivos específicos**

O profissional no fim do estágio deve:

- Adquirir conhecimentos práticos na área do controlo sintomático em cuidados paliativos
- Integrar aspectos relacionais e de comunicação em cuidados paliativos
- Experienciar modalidades de apoio à família (nomeadamente conferência familiar, sempre que possível)
- Avaliar aspectos psicossociais e espirituais em cuidados paliativos
- Vivenciar o processo de trabalho em equipa
- Conhecer e aplicar a moldura ético-clínica que preside á tomada de decisão nas situações dilemáticas mais frequentes em fim de vida

#### **Natureza do estágio**

É um estágio tutorado, observacional e com realização de actos clínicos de acordo com o nível de autonomia e conhecimentos que o estagiário demonstrar ter. O interno/estagiário deve acompanhar activamente todas as actividades em cuidados paliativos do seu tutor, e reflectir criticamente sobre o trabalho desenvolvido.

#### **Procedimentos para planeamento**

Deverá ser feita antecipadamente a proposta do estágio e articulada devidamente com a coordenação da Unidade e com a Direcção do Internato.

#### **Avaliação**

A avaliação compreenderá três dimensões:

1. Validação da assiduidade e atitude (formulário próprio).
2. Apreciação de relatório de estágio (aprovado/não aprovado) pelo tutor.
3. Elaboração de um relato de caso de um doente acompanhado pelo interno, com reflexão crítica e pontos de aprendizagem, num

máximo de 6 páginas (para os estágios com duração igual ou superior a um mês)

Além destes 3 pontos, sugerimos e recomendamos (ainda que de forma facultativa) que os formandos criem e organizem um **“portfólio”/dossier** para registar toda a aprendizagem que realizaram na nossa Unidade, incluindo aspectos de reflexão pessoal suscitados pelas experiências vividas. Este portfólio será a demonstração da sua compreensão e integração dos princípios dos Cuidados Paliativos, bem como da capacidade de investigar, organizar informação, ser criativo e inovador.

**Pretende-se que no final deste estágio o estagiário seja capaz de:**

**Ao nível dos CONHECIMENTOS:**

- Descrever os princípios gerais dos cuidados paliativos
- Conhecer as recomendações acerca dos critérios para identificar um doente com necessidade de Cuidados Paliativos
- Conhecer os principais instrumentos de avaliação de sintomas em Cuidados Paliativos (ESAS, etc).
- Conhecer o conceito de dor total e os princípios fundamentais na avaliação e controlo da dor (enumerar pelo menos, quatro)
- Sintetizar os objectivos da prestação dos cuidados paliativos enquanto intervenção no sofrimento associado à doença grave e/ou avançada
- Reconhecer algumas das especificidades inerentes à operacionalização do conceito de dignidade e da busca de sentido na prestação de cuidados paliativos
- Reconhecer as situações éticas mais controversas em fim de vida, como a adequação do esforço terapêutico, a suspensão de medidas fúteis e a discussão de planos antecipados de cuidados.

**Ao nível das ATITUDES:**

- Valorizar o doente e a família como a unidade receptora de cuidados em cuidados paliativos e cuja autonomia, valores e decisões devem ser respeitadas, numa prática centrada no paciente e na família (e não nos profissionais de saúde)
- Tomar consciência dos seus (do estagiário) principais medos face ao sofrimento e à morte
- Valorizar o sofrimento como experiência única, individual e complexa
- Valorizar o impacto da dor não controlada e da comunicação deficiente no sofrimento do doente terminal
- Tomar consciência de como as experiências pessoais e profissionais passadas influenciam o trabalho com os pacientes e famílias
- Tomar consciência das barreiras que limitam o acesso aos cuidados paliativos e do que pode fazer para contribuir para as dissipar

- Valorizar e integrar o trabalho interdisciplinar na sua prática, seja dentro da equipa, seja com colegas de outras especialidades

#### **Ao nível das APTIDÕES:**

- Identificar as diferentes tipologias de doentes paliativos e as várias trajetórias de doença (oncológica/não oncológica), e promover a integração precoce desta abordagem neste grupo de doentes
- Aplicar uma check-list para avaliação das necessidades dos doentes e família a serem avaliadas nos diferentes contextos da prática de cuidados paliativos
- Integrar e aplicar os princípios da prescrição de opioides e de outras terapêuticas dirigidas ao controlo sintomático (dor, dispneia, delirium, náuseas e vômitos, obstipação, astenia, anorexia), bem como a justificação para a construção de um regime terapêutico correcto neste contexto clínico
- Implementar um plano global de cuidados para este tipo de doentes com a discussão de adequados objectivos de cuidados
- Reconhecer os doentes que poderão beneficiar de uma sedação paliativa e implementar essa medida terapêutica
- Reconhecer o quadro de agonia e implementar as medidas adequadas a esta situação clínica
- Identificar situações em que seja indicada a realização de uma conferência familiar e promover a sua realização
- Praticar a auto-reflexão em ambiente de trabalho sobre o impacto da realidade dos cuidados paliativos em si próprio

#### **Referências Bibliográficas sugeridas para apoio ao estágio:**

- "Manual de Cuidados Paliativos" Ed. António Barbosa e Isabel Galriça Neto, FMLisboa; Lisboa, 2016
- "Cuidados Paliativos" – R.Twycross; Ed. Climepsi, Lisboa, 2003
- Oxford textbook of Palliative Care, 4ª edição; OUPress
- [www.palliativedrugs.com](http://www.palliativedrugs.com)
- Fast facts and concepts - <http://www.mypcnow.org/fast-facts>



## 9.3 DOCUMENTO RELATIVOS AO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

### 9.3.1 Score de prognóstico *Palliative Prognostic Score* (PaP score)

# Palliative Prognostic Score

Dyspnea	No Yes	0 1
Anorexia	No Yes	0 1.5
Karnofsky Performance Status	> 30 10 – 20	0 2.5
Clinical Prediction of Survival (weeks)	> 12	0
	11 – 12	2
	7 – 10	2.5
	5 – 6	4.5
	3 – 4	6
Total WBC (x10 <sup>9</sup> /L)	1 – 2	8.5
	< 8.5 8.6 – 11 >11	0 0.5 1.5
	Lymphocyte Percentage	20 – 40 %
12 – 19.9 %		1
< 12 %		2.5
<b>RISK GROUP</b>	<b>30 DAY SURVIVAL</b>	<b>TOTAL SCORE</b>
A	> 70 %	0 – 5.5
B	30 – 70 %	5.6 – 11
C	< 30 %	11.1 – 17.5

Pirovano 1999, Glare 2004