

Ana Gonçalves

Monitorização de utentes em cuidados paliativos: análise dos registos clínicos

IPV - ESSV | 2015



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Ana Isabel Rodrigues Gonçalves

Monitorização de utentes em cuidados paliativos:
análise dos registos clínicos

novembro de 2015

Ana Isabel Rodrigues Gonçalves

Monitorização de utentes em cuidados paliativos:
análise dos registos clínicos

Tese de Mestrado

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Maria da Conceição Almeida Martins
e coorientação do Professor Doutor André Filipe Pinto Novo



novembro de 2015

Dedico este trabalho a todos os que sempre acreditaram em mim.

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste relatório final e sem as quais a sua conclusão não seria possível. Agradeço sinceramente a todas elas.

O meu particular e especial agradecimento:

Aos meus orientadores, Professora Doutora Conceição Martins e Professor Doutor André Novo, pela sua dedicação, transmissão de conhecimentos, paciência e disponibilidade.

Ao meu namorado pelo constante incentivo, encorajamento e muita paciência.

Aos meus pais, irmão, cunhada e sobrinho porque nunca deixaram de acreditar e apoiar.

A todos eles, muito obrigada.

RESUMO

Enquadramento: As alterações sociodemográficas ocorridas nos últimos anos e o aumento de doenças crónicas progressivas e incuráveis exigem o crescente desenvolvimento da prestação de cuidados paliativos. Para a melhoria da qualidade de vida do doente e familiares é imprescindível o controlo de sintomas, não só ao nível físico, como psicológico, social e espiritual.

Objetivos: Caracterizar os registos efetuados em cuidados paliativos e analisar os registos efetuados aos doentes em cuidados paliativos.

Métodos: Foram recolhidos, descritos e analisados dados estatísticos através do aplicativo de monitorização existente da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no período temporal, que decorre entre 2009 e 2014, na Unidade de Cuidados Paliativos de Macedo de Cavaleiros. Este estudo é de carácter quantitativo descritivo e retrospectivo.

Resultados: Observa-se, de um modo geral que, a população da Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) é maioritariamente do género masculino, com média de idade de 73,5 anos, casados, reformados e com menos de 6 anos de escolaridade. A referenciação dos doentes é predominantemente de origem hospitalar e os diagnósticos são maioritariamente do foro oncológico. Verifica-se que a média de dias de internamento é de 32,5 dias e 83,7% dos doentes faleceram na UCP. A maioria dos doentes apresenta risco de queda médio e risco elevado de úlceras de pressão. Na escala cuidados paliativos e de avaliação de sintomas Edmontom verifica-se que os sintomas estão controlados na generalidade dos registos.

Conclusão: Apesar de algumas limitações, foi possível caracterizar os utentes da unidade de paliativos e verificar que são efetuados registos direcionados para os cuidados paliativos e controlo de sintomas o que constitui uma mais-valia para o conhecimento da realidade da população-alvo e melhoria da prestação de cuidados paliativos.

PALAVRAS-CHAVE: cuidados paliativos, doente, sintomas, escalas.

ABSTRACT

Background: The socio-demographic changes in recent years and the rise of progressive and incurable chronic diseases require the increasing development of the provision of palliative care. Improving the quality of life of the patient and family is essential to control physical, psychological, social and spiritual symptoms.

Objectives: Characterize the records made in palliative care and analyze the evaluations made to patients in palliative care.

Methods: Were collected, described and analyzed statistical data through the existing monitoring application of the National Network of Integrated Continuous Care (RNCCI) of the years 2009 to 2014 in the Palliative Care Unit of Macedo de Cavaleiros. This is a quantitative, descriptive and retrospective study.

Results: It is observed that in general, the population of the Palliative Care Unit is mainly constituted by males, with a mean age of 73.5 years, married, retired and under 6 years of school. The referral of patients is predominantly from hospital and diagnostics are mainly oncological. It is found that the inpatient days average is 32.5 days and 83.7% of patients died in the Unit. Most patients have high risk of fall and high risk of pressure ulcers. On the Edmonton scale of palliative care and symptom evaluation it is noted that the symptoms are generally controlled.

Conclusion: Despite some limitations, it was possible to characterize the users of the palliative unit and verify that records are made directed for palliative care and symptom control which is an added value to the knowledge of the reality of the target population and improving provision of palliative care.

KEYWORDS: palliative care, patient, symptoms, scales.

SUMÁRIO

	Página
Lista de Figuras	XV
Lista de Gráficos	XVII
Lista de Tabelas	XIX
Lista de Quadros	XXIII
Lista de Abreviaturas e Siglas	XXV
Introdução	27
1ª Parte: Enquadramento Teórico	
1. Cuidados Paliativos e Controlo de Sintomas	31
1.1 Cuidados Paliativos	31
1.1.1 Abordagem histórica	33
1.1.2 Cuidados paliativos em Portugal	34
1.2 Controlo de Sintomas	36
1.2.1 Principais sintomas em cuidados paliativos	37
1.2.2 Avaliação de sintomas em cuidados paliativos	39
1.2.3 Instrumentos de avaliação da dor	40
1.2.4 Instrumentos de avaliação de outros sintomas	42
1.2.5 Outras escalas utilizadas	43
2ª Parte: Investigação Empírica	
2. Metodologia	49
2.1 Métodos	49
2.2 Participantes	50
2.2.1 Caracterização socio espacial da amostra	50
2.2.2 Caracterização socio demográfica da amostra	51
2.3 Instrumentos	59
2.4 Procedimentos	61
2.5 Análise de Dados	62
3. Resultados	63
4. Discussão	81
5. Conclusões	85
Lista de Referências	89
Anexo I – Escala Doluplus – Avaliação Comportamental da Dor na Pessoa Idosa	95
Anexo II – Edmonton Symptoms Assesment System – ESAS / Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton	97
Anexo III – Palliative Care Outcome Scale (POS)	99

Anexo IV – Palliative Care Outcome Scale – Symptoms (POS-S)	107
Anexo V –Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS)	109
Anexo VI – Parecer da Comissão de Ética da ULSNE sobre pedido de autorização para efetuar colheita de dados	117

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Escala Visual Analógica	40
Figura 2 – Escala Numérica	41
Figura 3 – Escala Qualitativa	41
Figura 4 – Escala das Faces	41

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1 – Curvas de Kaplan Meier para risco de queda – Morse, por género	65
Gráfico 2 – Curvas de Kaplan Meier para risco de úlcera de pressão – Braden, por género	67

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Escala de Morse para avaliação do risco de queda	44
Tabela 2 - Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão	46
Tabela 3 – Género dos utentes da UCP	51
Tabela 4 – Idade dos utentes da UCP	52
Tabela 5 – Dias de internamento dos utentes da UCP	52
Tabela 6 – Estado Civil dos utentes da UCP	52
Tabela 7 – Situação profissional dos utentes da UCP	53
Tabela 8 – Nível de escolaridade dos utentes da UCP	53
Tabela 9 – Concelhos de origem dos utentes da UCP	54
Tabela 10 – Instituição de saúde de origem dos utentes da UCP	54
Tabela 11 – Instituição hospitalar de origem dos utentes da UCP	55
Tabela 12 – Causa de solicitação de internamento na UCP, categoria descanso do cuidador	55
Tabela 13 – Causa de solicitação de internamento na UCP, categoria de situação de fragilidade	56
Tabela 14 – Causa de solicitação de internamento na UCP, categoria de doença crónica em agudização	56
Tabela 15 – Causa de solicitação de internamento na UCP, categoria de necessidade de continuidade de cuidados	57
Tabela 16 – Causa de solicitação de internamento na UCP, categoria de necessidade de tratamentos complexos	57
Tabela 17 – Causa de solicitação de internamento na UCP, categoria de necessidade de ensino ao utente e/ou cuidador	58
Tabela 18 – Diagnóstico dos utentes da UCP	58
Tabela 19 – Diagnósticos oncológicos dos utentes da UCP	59
Tabela 20 – Destino dos utentes da UCP	59
Tabela 21 – Risco de queda – Morse	63
Tabela 22 – Significância estatística do teste T para amostras emparelhadas para o risco de queda - Morse	63
Tabela 23 – Teste Qui-quadrado para o risco de queda – Morse	64
Tabela 24 – Tabela resumo das curvas de Kaplan Meier para risco de queda – Morse, por género	64
Tabela 25 – Tabela com médias e medianas das curvas de Kaplan Meier para risco de queda – Morse, por género	64
Tabela 26 – Riscos de úlceras de pressão - Braden	65
Tabela 27 – Significância estatística do teste T para amostras emparelhadas para o risco de úlceras de pressão – Braden	66
Tabela 28 – Teste Qui-quadrado para o risco de úlceras de pressão – Braden	66

Tabela 29 – Tabela resumo das curvas de Kaplan Meier para risco de úlceras de pressão – Braden, por género	66
Tabela 30 – Tabela com médias e medianas das curvas de Kaplan Meier para risco de úlceras de pressão – Braden, por género	67
Tabela 31 – Escala cuidados paliativos – dor e significância estatística do teste binomial	68
Tabela 32 – Escala cuidados paliativos – disfagia e significância estatística do teste binomial	68
Tabela 33 – Escala cuidados paliativos – obstipação e significância estatística do teste binomial	68
Tabela 34 – Escala cuidados paliativos – sem via oral e significância estatística do teste binomial	69
Tabela 35 – Escala cuidados paliativos – agitação e significância estatística do teste binomial	69
Tabela 36 – Escala cuidados paliativos – incontinência e significância estatística do teste binomial	69
Tabela 37 – Escala cuidados paliativos – convulsões e significância estatística do teste binomial	70
Tabela 38 – Escala cuidados paliativos – cheiro fétido e significância estatística do teste binomial	70
Tabela 39 – Escala cuidados paliativos – sonolência e significância estatística do teste binomial	70
Tabela 40 – Escala cuidados paliativos – oclusão e significância estatística do teste binomial	71
Tabela 41 – Escala cuidados paliativos – caquexia e significância estatística do teste binomial	71
Tabela 42 – Escala cuidados paliativos – insónia e significância estatística do teste binomial	71
Tabela 43 – Escala cuidados paliativos – angústia/depressão e significância estatística do teste binomial	72
Tabela 44 – Escala cuidados paliativos – ferida/ulceração e significância estatística do teste binomial	72
Tabela 45 – Escala cuidados paliativos – hemorragia e significância estatística do teste binomial	72
Tabela 46 – Escala cuidados paliativos – dispneia e significância estatística do teste binomial	73
Tabela 47 – Escala cuidados paliativos – náuseas/vómitos e significância estatística do teste binomial	73
Tabela 48 – Escala cuidados paliativos – acamado e significância estatística do teste binomial	73
Tabela 49 – Escala cuidados paliativos – coma e significância estatística do teste binomial	74
Tabela 50 – Avaliação de sintomas de Edmonton – utente apto a preencher avaliação e significância estatística do teste binomial	74
Tabela 51 – Avaliação de sintomas de Edmonton – dor	75
Tabela 52 – Avaliação de sintomas de Edmonton – cansaço	75
Tabela 53 – Avaliação de sintomas de Edmonton – náuseas	76
Tabela 54 – Avaliação de sintomas de Edmonton – depressão	76
Tabela 55 – Avaliação de sintomas de Edmonton – ansiedade	76
Tabela 56 – Avaliação de sintomas de Edmonton – sonolência	76
Tabela 57 – Avaliação de sintomas de Edmonton – apetite	77

Tabela 58 – Avaliação de sintomas de Edmonton – bem estar	77
Tabela 59 – Avaliação de sintomas de Edmonton – falta de ar	77
Tabela 60 – Teste T para amostras emparelhadas para avaliação de sintomas de Edmonton	78
Tabela 61 – Avaliação da dor	79
Tabela 62 – Correlação de Pearson na avaliação da dor	79
Tabela 63 – Teste Friedman na avaliação da dor	80

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Princípios dos cuidados paliativos	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C. – antes de Cristo

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

AVD – Atividades de Vida Diária

CH – Centro Hospitalar

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR – Equipa Coordenadora Regional

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EN – Escala Numérica

ESAS – Edmonton Symptoms Assesment System

et al – e outros

EVA – Escala Visual Analógica

IPO – Instituto Português de Oncologia

IPOS – Integrated Palliative Care Outcome Scale

N – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

POS – Palliative Care Outcome Scale
POS-S – Palliative Care Outcome Scale – Symptoms

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RCNP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SECPAL – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

SFAP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

SNG – Sonda Nasogástrica

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Valor de p – valor de prova

WHO – World Health Organization

% - percentagem

≤ - menor ou igual

> - maior

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, os países, têm assistido a alterações sociais relevantes, contribuindo, para isso o envelhecimento populacional, o aumento da longevidade e das doenças incuráveis e progressivas, o que exige reestruturação dos sistemas de saúde e respostas adequadas à nova realidade existente. Assim, verifica-se uma necessidade crescente de cuidados paliativos. (Associação Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP], 2006).

A área dos cuidados paliativos, apesar de ter sido desenvolvida a partir da década de 60 do século passado, só recentemente despertou interesse de investigadores e profissionais de saúde em geral. A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2015), considera cuidados paliativos como uma “resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias”.

Tendo em consideração que o objetivo dos cuidados paliativos é a obtenção da melhor qualidade de vida possível dos doentes e respetivas famílias e, pela natureza holística dos cuidados paliativos, estes devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar com treino e formação específica (APCP, 2006a). A melhoria da qualidade de vida só é possível através do alívio dos sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Twycross, 2003).

O sucesso da prestação de cuidados paliativos pelas respetivas equipas tem como base a formação, onde se destaca a formação dos enfermeiros, grupo profissional que mais tempo passa com o doente e o elo de ligação com este. É fundamental que os profissionais tenham formação adequada, onde se destaca a capacidade de comunicação (APCP, 2006b).

Em Portugal não existe nenhuma especialidade em cuidados paliativos, pelo que se inserem até à data, os seus conteúdos programáticos na especialização de enfermagem em médico-cirúrgica. O regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011, p.8648), sobre o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere que especialista “é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio

específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”.

Neste sentido e face ao exposto, os objetivos deste relatório final são caracterizar os registos efetuados em cuidados paliativos e analisar os registos efetuados aos doentes em cuidados paliativos, tendo como base dados existentes na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) através do aplicativo de monitorização existente da RNCCI, no período temporal, que decorre entre 2009 e 2014.

O conhecimento da realidade, demográfica e clínica existente na UCP, constitui-se como um instrumento relevante para melhor prestação de cuidados aos doentes que recebem cuidados paliativos. Permite, assim, determinar as reais necessidades da população alvo da UCP, principalmente ao nível do controlo sintomático. Pode permitir, ainda, projetar as necessidades e respostas futuras adequadas.

Para atingir os objetivos propostos, foram recolhidos, descritos e analisados dados estatísticos na plataforma informática, aplicativo de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) correspondente à UCP da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

O presente trabalho de investigação apresenta-se organizado da seguinte forma.

Na primeira parte apresenta-se o enquadramento teórico relativo aos cuidados paliativos e controlo de sintomas. No enquadramento sobre cuidados paliativos é abordado o conceito e a perspetiva histórica. Destaca-se, aqui, o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Apresenta-se, ainda, a importância do controlo de sintomas em cuidados paliativos e os principais sintomas presentes. Por último, aborda-se a avaliação de sintomas e diferentes instrumentos de avaliação de sintomas.

Na segunda parte é abordada a investigação empírica, mais especificamente os métodos, participantes, instrumentos utilizados e procedimentos. Posteriormente é realizada a análise de dados e resultados e respetiva discussão de resultados. A última secção apresenta as principais conclusões do trabalho de investigação subjacente a este relatório final de mestrado.

1ª PARTE:
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CUIDADOS PALIATIVOS E CONTROLO DE SINTOMAS

1.1. CUIDADOS PALIATIVOS

A Lei de bases dos cuidados paliativos (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro de 2012, p. 5119), define cuidados paliativos como:

os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais.

O termo paliativo advém do latim *pallium*, que simboliza manto. Assim, os cuidados paliativos integram cuidados organizados que visam responder adequadamente às necessidades dos doentes que se encontram em final de vida. Considera-se, que este tipo de cuidados pretende garantir a melhor qualidade de vida possível aos doentes e familiares (Twycross, 2003; Direção Geral de Saúde [DGS], 2005).

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera na sua definição de cuidados paliativos que estes melhoram a qualidade de vida dos indivíduos e familiares, destacando para isso o alívio e controlo de sintomas (World Health Organization [WHO], 2014). Apesar de os indivíduos que recebem este tipo de cuidados se encontrarem em fase final de vida, devem receber cuidados que respeitem a sua autonomia, individualidade e dignidade (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro de 2012).

A DGS (2005, p.8), refere que “os cuidados paliativos têm como componentes essenciais: o alívio de sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade”.

A Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro de 2012 e OMS (2014) definiram os princípios dos cuidados paliativos, apresentados resumidamente no quadro 1.

Quadro 1 – Princípios dos cuidados paliativos

1 Afirmam a vida;
2 Consideram a morte como processo natural que não deve ser prolongada através da obstinação terapêutica;
3 Não pretendem acelerar nem prolongar o processo de morte;
4 Pretendem o aumento da qualidade de vida do doente/família;
5 Preconizam a prestação de cuidados individualizados;
6 Multidisciplinaridade;
7 Interdisciplinaridade;
8 Conhecimentos dos sintomas de forma diferenciada;
9 Proporcionam alívio da dor e outros sintomas;
10 Integram aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados ao paciente;
11 Oferece um sistema de apoio de forma a ajudar o paciente a lidar com a doença e a manterem-se ativos tanto quanto possível;
12 Oferece um sistema de apoio de forma a ajudar a família a lidar com a doença e com o processo de luto;
13 Respeitam as necessidades dos pacientes, de forma individual;
14 Respeitam os valores, crenças e culturas de cada indivíduo;
15 Pretendem a continuidade de cuidados;
16 Podem ser aplicáveis precocemente no curso da doença;

Fonte: Elaboração própria com base em Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro de 2012 e WHO (2014).

Ao longo dos anos a sociedade modificou o modo como encara a morte (Gonçalves, 2009). Mais concretamente, Magalhães (2009), realça que na atualidade a morte é considerada um insucesso da medicina, um fracasso para os profissionais de saúde.

Nos últimos anos aumentou consideravelmente o número de doenças crónicas, sendo fundamental existirem respostas adequadas. Desta forma, os cuidados paliativos “constituem hoje o padrão de referência dos cuidados para os doentes com doenças crónicas avançadas e para as suas famílias” (Gonçalves, 2009, p.141). Neto (2000), considera que existem quatro áreas principais na qual assenta a prestação de cuidados paliativos: controlo de sintomas, comunicação, trabalho em equipa multidisciplinar e apoio à família. Realça ainda que para o desenvolvimento da prática não basta conhecer os conceitos e princípios dos cuidados paliativos, é fundamental ter formação na área e preparação para trabalhar em equipa.

A evolução demográfica, onde se destaca o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crónicas e incapacitantes pressupõe o aumento da necessidade de cuidados paliativos, pelo que é fulcral a existência de respostas adequadas à população que necessita deste tipo de cuidados, tal como formação nesta área de cuidados (Magalhães,

2009). Em concordância, Twycross (2003), refere que tem aumentado a criação de serviços de cuidados paliativos.

Perante uma doença progressiva e irreversível, o foco principal corresponde em responder às necessidades do paciente, de modo a controlar os sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais e, assim atingir o máximo conforto e bem-estar possível para o doente e família (Santos, 2011).

1.1.1. Abordagem histórica

Antes do século IV a.C., o doente em processo de morte não era tratado por não ser considerado ético, contudo com a propagação do cristianismo surge a necessidade de ajudar os desprotegidos e aliviar os sintomas dos doentes. Porém, no século XX a medicina passou a centrar-se no processo de cura, descurando o controlo sintomático (Capelas, Silva, Alvarenga & Coelho, 2014).

O marco do surgimento dos cuidados paliativos modernos remonta à década 60, em Inglaterra, com a abertura, em 1967, do St. Christopher's Hospice. Este foi fundado por Cicely Saunders que mais tarde criou também, em 1969, o programa de cuidados paliativos domiciliários. Posteriormente, os cuidados paliativos foram-se desenvolvendo por todo o mundo e nos anos 80, a OMS incluiu nos seus conceitos os cuidados paliativos (Capelas et al, 2014).

Ao longo dos anos a sociedade modificou o modo como encara a morte. Antigamente, as condições de vida e a esperança média de vida das populações eram baixas e a morte considerada como algo natural (Gonçalves, 2009).

Gonçalves (2009), considera que, ao longo dos anos os avanços científicos e tecnológicos, melhoria das condições de vida e o aumento da esperança média de vida foram modificando essa conceção, de tal forma que hoje a morte é assunto tabu. Mais concretamente, Magalhães (2009), realça que na atualidade a morte é considerada um insucesso da medicina, um fracasso para os profissionais de saúde.

Durante o século XX a medicina evoluiu de forma célere, melhorando as condições de vida da sociedade de forma inquestionável. Contudo, esses avanços têm um lado negativo devido ao seu uso desajustado ou exagerado, que põe em causa a qualidade de vida dos indivíduos (Gonçalves, 2009).

Urge assim, nas sociedades atuais a necessidade de criar e desenvolver alternativas de prestação de cuidados de saúde centrados nos grupos populacionais existentes, de forma a atingirem a melhor qualidade de vida possível (Navalhas, 2000).

Introduzem-se portanto novos conceitos como morrer com dignidade e cuidados paliativos.

A evolução dos cuidados paliativos deve-se a diversos fatores, tendo os enfermeiros um papel essencial. Contudo, a prestação de cuidados paliativos preconiza a existência de uma equipa multidisciplinar, da qual o enfermeiro faz parte e tem grande relevo (Magalhães, 2009).

1.1.2. Cuidados Paliativos em Portugal

Em Portugal a existência dos cuidados paliativos tem cerca de 20 anos, tendo surgido em 1992 através da Unidade da Dor do Hospital do Fundão. Em 1994 inicia atividade a primeira UCP no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, seguindo-se em 2001 a UCP do IPO de Coimbra (Capelas et al, 2014).

Entretanto, em 1995, foi fundada a ANCP, atualmente designada de APCP. A primeira equipa de cuidados paliativos domiciliários surgiu no Centro de Saúde de Odivelas em 1996. O Plano Oncológico Nacional e o Plano Nacional de Luta Contra a Dor nasceram em 2001, e este último foi atualizado no ano de 2008. Ao nível do ensino, no ano de 2002 teve início o primeiro curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (Capelas et al, 2014).

Em 14 de junho de 2003, a DGS emanou a circular normativa N°09/DGCG, onde considera a dor como quinto sinal vital (DGS, 2003). Apenas em 2004 foi emanado o programa nacional de cuidados paliativos, com o intuito de integrar esta área no sistema nacional de saúde. Este programa incentivou a criação de unidades de paliativos e diferenciou os cuidados em três níveis (DGS, 2005). Este programa não teve efeitos práticos no que se refere ao surgimento de recursos em cuidados paliativos e, no ano de 2010, teve nova edição (Capelas et al, 2014).

Foi com a aprovação do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho que surgiu, a RNCCI com o objetivo de cobrir o défice de cuidados paliativos e de longa duração, em Portugal. A necessidade deste tipo de cuidados torna-se mais visível devido ao gradual envelhecimento populacional em Portugal, ao aumento da esperança média de vida e ao aumento das doenças crónicas ou incuráveis, tal como refere Santana (2000).

A RNCCI integrou o plano nacional de cuidados paliativos com o intuito de aproximar os cuidados paliativos às orientações internacionais e reconhecendo esta área como prioritária. Assim, a RNCCI tornou-se uma peça fundamental no desenvolvimento dos cuidados paliativos e um enorme desafio para a sua concretização (Unidade de Missão para

os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2010a; UMCCI 2010b). A legislação da RNCCI previa na área de cuidados paliativos a existência de: UCP, Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho,2006).

No ano de 2012 viria a surgir a Lei do Testamento Vital, através da Lei n.º 25/2012 de 16 de julho e também a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, com a Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro, que cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e legisla toda esta área de cuidados. O objetivo principal da RNCP é “a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva” (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro, p. 5121). Destaca-se que, segundo esta Lei, os cuidados paliativos são prestados por equipas multiprofissionais e podem existir as seguintes equipas locais de cuidados paliativos: UCP, EIHSCP e ECSCP.

A UCP presta cuidados, em regime de internamento, a doentes que, devido à situação clínica aguda complexa, necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares. Pode ter diferentes valências assistenciais e estar integrada num hospital ou em outra instituição de saúde com internamento (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro).

A EIHSCP “presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias, (...), presta assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação”. Funciona de forma autónoma se não existir unidade de internamento ou, integrada na UCP se esta existir na instituição (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro, p.5122).

A ECSCP “presta cuidados paliativos específicos a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio, para os quais seja solicitada a sua atuação, (...), presta apoio e aconselhamento diferenciado, em cuidados paliativos, às unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente às unidades de cuidados na comunidade e às unidades e equipas da rede nacional de cuidados continuados e integrados”. Assegura formação em cuidados paliativos às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários. Esta equipa pode estar integrada numa unidade funcional de cuidados de saúde primários ou na RNCCI (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro, p.5122).

Em Portugal não existe nenhuma especialidade em cuidados paliativos, pelo que se inserem até à data, os seus conteúdos programáticos na especialização de enfermagem em médico-cirúrgica. Assim, em 25 de janeiro de 2014, foi aprovada na Assembleia do colégio da especialidade de médico-cirúrgica o programa formativo para enfermagem especializada em pessoa em situação crónica e paliativa, tornando-se um passo importante para a enfermagem e os cuidados paliativos em Portugal.

Sendo a equipa de enfermagem aquela que mais tempo passa com o paciente e o elo de ligação com este, é fundamental que os profissionais tenham formação adequada, onde se destaca a capacidade de comunicação.

1.2. CONTROLO DE SINTOMAS

Perante uma doença progressiva e irreversível, o foco principal consiste em responder às necessidades do paciente, de modo a controlar os sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais com o objetivo de atingir o máximo conforto e bem-estar possível para o doente e família (Santos, 2011).

Também Carlo e Queiroz (2008) e Alves (2000), realçam que o controlo de sintomas a todos os níveis é o principal objetivo dos cuidados paliativos, até porque a fase final de vida é constituída por diversas alterações nas atividades de vida diária dos indivíduos.

Twycross (2003) considera que o controlo de sintomas se resume em cinco categorias descritas como: avaliação, explicação, controlo, observação e atender aos pormenores. Primeiramente é fundamental avaliar cada sintoma, conhecer a causa, o mecanismo patológico subjacente, o que não surtiu efeito e o impacto do sintoma na vida do doente. Seguidamente explicar ao doente antes de iniciar o tratamento, com termos simples os mecanismos subjacentes e decidir com o doente o tratamento. Posteriormente, implementar tratamento individualizado a cada doente, avaliar e monitorizar continuamente o tratamento e sintomas e atender a todos os pormenores.

Atendendo à individualidade de cada indivíduo, a equipa multidisciplinar deve ter um objetivo comum, que vai desde o conhecimento da situação clínica até à aceitação da parte do doente e família. Santos (2011), considera que o papel do enfermeiro tem importância desde a aceitação do diagnóstico, auxilia no modo como o doente/família vivem com a doença e apoia a família antes e depois da morte.

1.2.1. Principais Sintomas em Cuidados Paliativos

Dor

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor citado pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) (2015), dor “é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”.

Carlo e Queiroz (2008, p. 28), mencionam que “do ponto de vista neurofisiológico, a dor é um tipo de sensibilidade”, é única e pessoal. É difícil definir o conceito de dor, devido à sua subjetividade e complexidade. O controlo da dor é considerado um direito dos indivíduos em sofrimento, uma vez que afeta a qualidade de vida dos indivíduos e obriga a uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar (DGS, 2013).

Estima-se que um em cada cinco adultos europeus é afetado pela dor crónica e em Portugal afeta 36% da população adulta, interferindo no trabalho e quotidiano desses indivíduos (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010). Dickman (2012), considera que em doentes com doença avançada, a dor é um sintoma comum e pode chegar aos 90% de prevalência, mais concretamente a Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2015) evidencia que 60 a 80% dos doentes com cancro avançado tem dor moderada a severa.

Os profissionais de saúde devem lembrar-se que a dor que registam é aquela que o doente sente. Para além disso, é fundamental não esquecer que cada indivíduo é um ser único, existindo especificidades. O género dos indivíduos apresenta diferenças relativamente à perceção e vivência da dor, tal como as crianças e os idosos, onde se destaca a dificuldade em comunicar a dor sentida (Carlo & Queiroz, 2008).

Náuseas e vómitos

Nos sintomas mais desagradáveis para o doente em fase fim de vida, incluem-se as náuseas e os vómitos e acontecem em 50% dos doentes com cancro avançado. Estes podem ocorrer devido à doença ou aos tratamentos (Twycross, 2003). Rosado (2000, p.107), define náusea como “a sensação de desconforto que normalmente precede o vômito e pode ser acompanhada de suores frios, sialorreia, taquicardia ou diarreia”.

Por sua vez o reflexo de vômito é “uma resposta do organismo a estímulos vários, provocando o esvaziamento do conteúdo gástrico” (Rosado, 2000, p.107).

Anorexia/Caquexia

Twycroos (2003), considera anorexia como falta ou pouco apetite e a caquexia como perda de peso e de massa muscular. Frequentemente estes sintomas surgem associados.

Obstipação

Constitui um sintoma muito frequente em doentes com doença terminal, que afeta cerca 60% dos doentes. Ocorre devido ao decréscimo de ingestão de líquidos, imobilidade e efeitos secundários dos fármacos, sobretudo os opióides (SECPAL, 2015).

Sonolência

Ocorre pela evolução da doença, mas também pelo tratamento, sobretudo uso de opióides (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos [SFAP], 1999).

Cansaço/Fadiga

O cansaço é considerado um sintoma inevitável em fase final de vida. Este sintoma não permite o doente de realizar as suas atividades de vida diária e deve-se à evolução da doença, tratamentos e ao estado depressivo (SFAP, 1999).

Segundo Carlo e Queiroz (2008), ocorre em 40 a 70% de doentes com cancro avançado e é um sintoma complexo de definir.

Ansiedade

ANADI, citado pela SFAP, (1999, p.117), refere que a ansiedade é um “sentimento vago de mal-estar de origem muitas vezes indeterminada ou desconhecida”. O misto de alterações ocorridas a todos os níveis físico, psicológico, familiar, social e espiritual conduz a este sintoma.

Problemas da pele

O prurido é um dos sintomas mais frequentes dos problemas da pele. Destacam-se também as úlceras de pressão (Twycross, 2003).

Problemas da cavidade oral

Entre os sintomas frequentes da cavidade oral, destaca-se a xerostomia, micoses, ulcerações e lesões hemorrágicas (SFAP, 1999).

Problemas respiratórios

Entre os problemas respiratórios mais comuns destaca-se a dispneia (falta de ar), que afeta 70% dos doentes com cancro nas últimas semanas de vida (Twycross, 2003). Contudo, outros sintomas podem ser frequentes como tosse persistente, hemoptises, ataque de pânico respiratório, estertor (Onrubia, 2000).

Outros sintomas (Twycross, 2003):

- Confusão;
- Delírio;
- Depressão;
- Astenia;
- Incontinência;
- Dispepsia;
- Estase gástrica;
- Obstrução;

1.2.2. Avaliação de Sintomas em Cuidados Paliativos

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa com acordo ortográfico (2015), avaliar significa “determinar o valor; reconhecer a força, a intensidade, calcular”. Assim, em cuidados paliativos, através da avaliação sistemática dos sintomas é possível determinar a evolução dos mesmos com a prestação dos cuidados e conhecer se os cuidados melhoram ou não a qualidade de vida do doente/família.

Só é possível iniciar o tratamento ao doente terminal após ter sido realizada uma avaliação (Twycross, 2003). A avaliação dos sintomas deve ser realizada frequentemente, de forma rigorosa e aprofundada, sem descuidar os registos, sendo da responsabilidade de toda a equipa. Existem diferentes instrumentos de avaliação de sintomas, no entanto, no que se refere à avaliação de sintomas, o doente deve ser o primeiro avaliador (SFAP, 1999).

De forma a conhecer o sintoma presente detalhadamente, a equipa prestadora de cuidados deve conhecer o início do aparecimento do sintoma, o mecanismo fisiopatológico que está subjacente, eficácia dos tratamentos anteriores, fatores que diminuem/aumentam o sintoma, impacto do sintoma na vida quotidiana (Carlo & Queiroz, 2008).

Os instrumentos de avaliação podem dividir-se em instrumentos de auto avaliação, onde é o próprio doente que responde e instrumentos de hetero avaliação, utilizada quando não é possível ser o doente a responder. As escalas de avaliação podem ainda ser quantitativas, quantificam a intensidade do sintoma ou qualitativas, onde o doente descreve o sintoma (SFAP, 1999).

Carlo e Queiroz (2008), consideram ainda que as escalas de avaliação podem ser unidimensionais, avaliam apenas a intensidade do sintoma e multidimensionais, se avaliam

aspectos físicos e psicossociais dos sintomas. Os autores salientam ainda que existem obstáculos na avaliação de sintomas, pela subjetividade ou na dificuldade na definição de alguns sintomas.

Os instrumentos de avaliação de sintomas apresentam diversas vantagens como custo e tempo de aplicação reduzidos, podem ser aplicados pelo próprio doente ou por terceiros, permitem uma avaliação rápida, podem ser utilizadas em qualquer meio, hospitalar ou domicílio. Constituem uma ferramenta fundamental na avaliação de sintomas a todos os níveis e, conseqüentemente na obtenção de processos terapêuticos eficazes (Santos, 2011).

Existem diversos instrumentos de avaliação de sintomas, uns mais simples, de fácil utilização mas incapazes de avaliar aspectos multidimensionais dos sintomas e, outros mais complexos ou multidimensionais. Existem ainda diversas barreiras à utilização de alguns instrumentos, falta de validação, incapacidade de avaliar aspectos multidimensionais dos sintomas, dificuldade de aplicabilidade em doentes com distúrbios cognitivos ou com dificuldades na comunicação, múltiplos sintomas presentes e estado geral debilitado do doente (Carlo & Queiroz, 2008).

1.2.3 Instrumentos de avaliação da dor

Desde o ano de 2003, a dor é considerada o quinto sinal vital, através da Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003. A norma prevê o registo sistemático da intensidade da dor e a utilização, que o registo da dor seja incluída nas folhas de registos dos sinais vitais e recomenda as escalas validadas internacionalmente: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Escala Qualitativa ou a Escala de Faces.

Escala Visual Analógica – EVA

A EVA é constituída por uma linha horizontal ou vertical, com 10 cm de comprimento, tal como mostra a Figura 1. O doente deve colocar uma cruz ou um traço perpendicular à linha no local que representa a intensidade da sua dor. De seguida, mede-se em centímetros a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e, o local assinalado, alcançando-se uma classificação numérica que deverá ser assinalada na folha de registo (DGS, 2003).

Figura1 – Escala Visual Analógica

Sem dor _____ Dor Máxima

Fonte: DGS (2003)

Escala Numérica – EN

A EN apresenta-se dividida em onze partes iguais numeradas de 0 a 10, onde 0 corresponde a “sem dor” e o 1 a “dor máxima”, podendo estar na horizontal ou na vertical, encontrando-se demonstrada na Figura 2.

Figura 2 – Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------

Fonte: DGS (2003)

Escala Qualitativa

A Figura 3, apresenta a escala qualitativa, divide-se em cinco partes: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa e dor máxima. O doente deve classificar a intensidade da sua dor de acordo com estes adjetivos.

Figura 3 – Escala Qualitativa

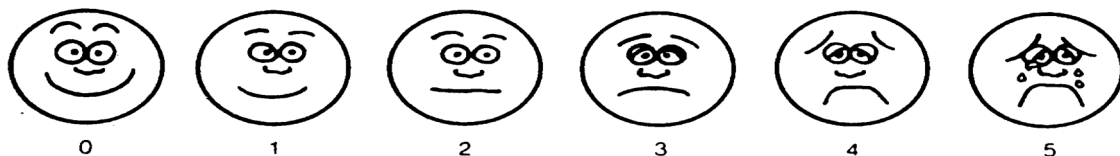
Sem dor	Dor Ligeira	Dor moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Fonte: DGS (2003)

Escala das Faces

Na Figura 4, apresenta-se a Escala das Faces, onde estão representadas cinco faces com diferentes expressões. O doente deve classificar a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada.

Figura 4 – Escala das Faces



Fonte: DGS (2003)

Escala Doloplus – avaliação comportamental da dor na pessoa idosa

Escala traduzida e validada por Hironidina Guarda. Tal como é possível visualizar no Anexo I, divide-se em três itens, repercussão somática (queixas somáticas, posições antálgicas em repouso, proteção de zonas dolorosas, expressão facial e sono), repercussão psicomotora (higiene e/ou vestir e movimento) e repercussão psicossocial (comunicação, vida social e alterações do comportamento) (Guarda, 2006).

É recomendada pela DGS, no controlo da dor crónica na pessoa idosa (DGS, 2010).

1.2.4. Instrumentos de avaliação de outros sintomas

Escalas unidimensionais de sintoma

Escala semelhante à EVA da dor, no entanto menciona outro sintoma em questão (Santos, 2011; Carlo e Queiroz, 2008).

Edmonton Symptoms Assesment System – ESAS / Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Esta escala é recomendada pela APCP, sendo por isso a mais utilizada em Portugal para avaliação de sintomas em cuidados paliativos. A escala encontra-se apresentada no Anexo II, é numerada de 0 a 10 e avalia nove sintomas podendo avaliar mais, sendo que 0 corresponde ausência de sintoma e 10 pior intensidade do sintoma possível. Entre os sintomas encontra-se a dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, sensação de bem-estar e falta de ar (ANCP, 2006).

O tempo de aplicação desta escala é de cerca de cinco minutos e permite observar quais os sintomas predominantes (Bausewein, Daveson, Benalia, Simon &Higginson, 2011). Esta escala encontra-se no aplicativo informático da RNCCI.

Palliative Care Outcome Scale (POS)

A POS foi desenvolvida em 1999, para ser aplicado em doentes com doença avançada, no sentido de melhorar a medição de resultados através da avaliação de resultados essenciais e importantes em cuidados paliativos. É constituído por duas partes, um questionário para o paciente e outro para os profissionais de saúde, como é possível visualizar no Anexo III. Cada parte é composta por 10 itens, cujas respostas são numeradas de 0 a 4, seguindo a escala de Likert, incluem sintomas físicos, sintomas psicológicos, necessidades emocionais e espirituais do doente ou familiares, preocupações práticas e

uma questão aberta sobre os principais problemas (Palliative Care Outcome Scale [POS], 2015).

Bausewein et al, 2011, consideram que o tempo médio de preenchimento é de 6,9 minutos para o paciente e de 5,7 minutos para o profissional de saúde, sendo que nas avaliações seguintes o preenchimento é de menos de quatro minutos.

A POS está validada e traduzida para português e existem duas versões com pequenas alterações entre ambas.

Palliative Care Outcome Scale – Symptoms (POS-S)

A POS-S, apresentada no Anexo IV é uma escala sobre sintomas, sendo constituída, tal como a POS, por duas partes, um questionário para o paciente e outro para o profissional de saúde. Inclui 10 sintomas podendo ser acrescentados mais sintomas, com respostas tipo escala de Likert de 0 a 4, sendo que 0 corresponde a nada/sem efeito e 4 a insuportável/impossível pensar noutra coisa. Contém, ainda duas perguntas abertas sobre os sintomas que afetam mais o paciente e o que melhorou ou piorou mais (POS, 2015).

A POS-S pode ser usada sozinha ou complementar a escala POS. Existe a versão geral mas também existem versões para doentes com doença de parkinson, doentes renais ou com esclerose múltipla em fase termina (POS, 2015).

Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS)

A escala IPOS resulta da junção da POS e da POS-S e, surgiu de forma a uniformizar e simplificar. Existe a versão para o paciente e para o profissional de saúde, nos períodos temporais dos últimos três dias ou da última semana. Encontra-se em processo de tradução e validação para português, apresentando-se no Anexo V a versão em inglês (POS, 2015).

1.2.5. Outras escalas utilizadas

A RNCCI, através do aplicativo informático Gestcare CCI, prevê a utilização de outras escalas como a escala de risco de queda, segundo Morse e a escala de risco de úlceras de pressão, segundo Braden para melhor monitorização dos utentes.

Escala de Morse para avaliação do risco de queda

A escala de Morse para avaliação do risco de queda, representada na Tabela 1, avalia itens como antecedentes de queda, diagnóstico secundário, apoio para a deambulação, administração de medicação e/ou heparina intravenosa, capacidade de marcha, e estado mental. O risco classifica-se como baixo se a pontuação se encontrar entre 0 a 24 pontos, médio se a pontuação corresponder entre 25 a 50 pontos e alto risco se a pontuação for maior ou igual a 51 pontos.

Tabela 1 – Escala de Morse para avaliação do risco de queda

Escala de Morse para avaliação do risco de queda			
Itens	Possibilidade de resposta	Pontuação	Esclarecimento
Antecedentes de queda	Sim	25	Tem pontuação 25 se o doente sofreu alguma queda no presente internamento ou caiu pela primeira vez e/ou caiu imediatamente antes da admissão (últimos 3 meses), por causas fisiológicas.
	Não	0	
Diagnóstico secundário	Sim	15	Tem pontuação 15 se mais do que um diagnóstico está identificado no processo clínico.
	Não	0	
Apoio para deambulação	Apoia-se na mobília	30	Tem pontuação 30 se o doente deambula apoiando-se na mobília.
	Canadianas/bengala/andarrilho	15	Tem pontuação 15 se o doente deambula com ajuda de um auxiliar de marcha.
	Nenhum/apoiado/acamado	0	Tem pontuação 0 se o doente deambula sem ajuda de um auxiliar de marcha (pode ser assistido pelo enfermeiro), deambula em cadeira de rodas ou está acamado.
Medicação e/ou heparina intravenosa	Sim	20	Pontuação 20 se o doente faz medicação e/ou heparina endovenosa.
	Não	0	Pontuação 0 se o doente não faz medicação e/ou heparina endovenosa.
Marcha	Normal/acamado/cadeira de rodas	0	Pontuação 0 se o doente deambula com a cabeça erecta, sem hesitações, deambula em cadeira de rodas ou está acamado.
	Desiquilíbrio fácil	10	Pontuação 10 se doente caminha inclinado, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, apoiando-se na mobília. Os passos são curtos e o doente arrasta os pés.
	Défice de marcha	20	Pontuação 20 se o doente tem dificuldade em levantar-se da cadeira, realizando várias tentativas, balançando-se. A cabeça do doente está inclinada e o campo de visão abrange só o chão. Caminha agarrado às mobílias ou amparado em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda).
Estado mental	Consciente das suas limitações	0	Pontuação 0 se o doente está consciente das suas limitações.
	Não consciente das suas limitações	15	Pontuação 15 se doente não está consciente das suas limitações.

Fonte: elaboração própria com base no Gestacare CCI (2015)

Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão

Segundo a DGS (2011), as úlceras de pressão são um indicador dos cuidados de saúde prestados e um problema de saúde pública em Portugal, pelo que o preenchimento da Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão é obrigatório. A

orientação da DGS de 19 de maio de 2011 esclarece quando deve ser realizada a avaliação da escala, a periodicidade das avaliações, critérios e esclarecimento do preenchimento da escala de Braden na versão adulto e pediátrica. Também a RNCCI preconiza o preenchimento desta escala, representada na Tabela 2.

A classificação do risco pode ser alto, se a pontuação for menor ou igual a 17 ou baixo risco de a pontuação for maior ou igual a 18.

Tabela 2 - Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão

		Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão			
		Completamente limitada	Muito limitada	Ligeiramente limitada	Nenhuma limitação
Percepção sensorial	Esclarecimento	Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou a sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	Nenhuma limitação Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto
	Pontuação	1	2	3	4
Humidade	Esclarecimento	A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	Pele constantemente húmida A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	Pele ocasionalmente húmida A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia habituais.	Pele raramente húmida A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
	Pontuação	1	2	3	4
Actividade	Esclarecimento	O doente está confinado à cama	Sentado Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	Anda ocasionalmente Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	Anda frequentemente Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado
	Pontuação	1	2	3	4
Mobilidade	Esclarecimento	Completamente imobilizado	Muito limitada Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	Ligeiramente limitado Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	Nenhuma limitação Faz grandes e frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
	Pontuação	1	2	3	4
Nutrição	Esclarecimento	Muito pobre Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactínicos), ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias	Provavelmente inadequada Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactínicos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	Adequada Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactínicos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	Excelente Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactínicos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
	Pontuação	1	2	3	4
Fricção de forças de deslizamento	Problema	Problema potencial Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	Nenhum problema Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
	Pontuação	1	2	3	4

Fonte: elaboração própria com base no Gestacare CCI (2015)

2ª PARTE:
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

2. METODOLOGIA

O conhecimento pode ser adquirido através da ciência, senso comum, religião ou literatura, contudo estes tipos de conhecimento diferem. É através do método científico que se adquire conhecimento científico (Ribeiro, 2010). Segundo Fortin, Côté e Fillion (2009), a investigação científica permite adquirir novos conhecimentos, é utilizada em diversas disciplinas e diferencia-se pelo rigor e sistematização que possui. A temática da investigação pressupõe a existência de dependência entre a investigação e a teoria.

A presente parte permite identificar os métodos e técnicas utilizadas durante a execução do relatório final em causa. Recorde-se que com este trabalho de investigação pretende-se caracterizar os registos efetuados em cuidados paliativos e analisar os registos efetuados aos doentes em cuidados paliativos, tendo como base dados existentes na UCP da ULSNE através do aplicativo de monitorização existente da RNCCI e, a metodologia estatística adequada à análise deste tipo de informação.

2.1. MÉTODOS

Para a realização do presente relatório final foram recolhidos, descritos e analisados dados estatísticos através do aplicativo de monitorização existente da RNCCI, no período temporal, que decorre entre 2009 e 2014, na UCP de Macedo de Cavaleiros.

Os objetivos principais são caracterizar os registos efetuados em cuidados paliativos e analisar os registos efetuados aos doentes em cuidados paliativos. Assim, considera-se que este estudo é marcadamente, de caráter quantitativo descritivo retrospectivo.

O método de investigação quantitativo permite “explicar e prever um fenómeno pela medida de variáveis e pela análise de dados numéricos” (Fortin et al, 2009, p.27). Segundo Fortin et al, o método de investigação quantitativo divide-se em descritivo, correlacional e experimental. A investigação descritiva permite descrever fenómenos ou as características de uma população.

2.2. PARTICIPANTES

O período temporal, em análise, corresponde ao sexénio 2009 a 2014, uma vez que, a UCP da ULSNE iniciou atividade no ano de 2009. Assim, são incluídos neste estudo todos os utentes que estiveram internados na UCP no período temporal referido anteriormente.

2.2.1. Caracterização socio espacial da amostra

A UCP da ULSNE iniciou atividade em novembro de 2009, juntamente com a Unidade de Convalescença e pertence à RNCCI. Situa-se no rés-do-chão da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros da ULSNE e, as duas unidades funcionavam, até ao recente encerramento da Unidade de Convalescença no mesmo espaço físico.

Entre os anos de 2009 e 2014 a lotação da UCP era de oito vagas e no presente ano aumentou a lotação para dezassete vagas. Atualmente a UCP está em processo de adaptação ao espaço físico e ao nível de recursos humanos também sofreu alterações, aumentando o número de elementos de forma a existir adequação à nova lotação.

O espaço físico é constituído por:

- *Hall* de entrada;
- Sala de reuniões;
- Gabinete administrativo;
- Sala de fisioterapia;
- Gabinete de enfermagem da UCP;
- Sala de terapêutica da UCP;
- Sala de sujos;
- Oito quartos individuais com casa de banho;
- Copa dos funcionários;
- Sala de banhos com cama-banheira;
- Oito quartos duplos com casa de banho;
- Duas casas de banho para utentes, estando uma delas preparada com chuveiro;
- Gabinete de enfermagem da unidade de convalescença;
- Copa dos utentes;
- Refeitório/sala de convívio;
- Sala de tratamentos;
- Sala de arrumos;
- Dois vestiários;

- Gabinete médico/enfermeiro chefe;

A equipa multidisciplinar divide-se em: equipa de enfermagem, equipa de assistentes operacionais, médicos; um administrativo(a); um assistente social; um nutricionista; um psicólogo(a); um fisioterapeuta.

2.2.2. Caracterização socio demográfica da amostra

Para a realização do presente relatório final recorreu-se ao aplicativo Gestcare CCI, de forma a adquirir a informação que permitisse caracterizar a UCP da ULSNE. O Gestcare CCI permite visualizar o mapa de ocupação de camas e o histórico de ocupação de camas. Como o período temporal de análise compreende o período de 2009 a 2014, foi analisado o histórico de ocupação de camas.

Em cada episódio de um utente é possível visualizar: informação pessoal, proveniência, causa de solicitação, diagnóstico, registos de enfermagem, médicos, de assistente social ou outro profissional de saúde, registo de escalas como risco de quedas (escala de Morse), risco de úlceras de pressão (escala de Braden), escala de cuidados paliativos, avaliação de sintomas segundo Edmonton e avaliação da dor, entre outros registos.

Seguidamente será descrita a caracterização dos utentes da UCP da ULSNE no período temporal descrito anteriormente, com base nos dados adquiridos através do SPSS.

A caracterização dos utentes da UCP permite o conhecimento de uma série de fatores sociais e demográficos associados ao utente e, assim conhecer o ser perfil. É importante conhecer dados como género, idade, escolaridade (mais frequentes) dos utentes da UCP no sentido de melhorar a adequação de cuidados.

A UCP iniciou atividade em novembro de 2009 e o período temporal, em análise neste relatório final, é de novembro de 2009 a dezembro de 2014, onde teve no total 375 doentes internados, dos quais 58,9% (N=221) eram do género masculino e 41,1% (N=154) do género feminino, tal como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Género dos utentes da UCP

Género	N	%
Feminino	154	41,1
Masculino	221	58,9
Total	375	100,0

Relativamente à média de idades dos doentes internados, verifica-se ser de 73,5 anos, sendo a idade mais baixa de 28 anos e 101 anos a idade mais elevada, tal como se pode visualizar na Tabela 4.

Tabela 4 – Idade dos utentes da UCP

Idade dos utentes da UCP						
N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coefficiente Variação
375,0	28,0	101,0	73,5	76,0	11,4	15,6

A média de dias de internamento foi de 32,5 dias, sendo o mínimo um dia de internamento e o máximo de 210 dias e o desvio padrão de 35,7 (Tabela 5).

Tabela 5 – Dias de internamento dos utentes da UCP

Dias de internamento dos utentes da UCP						
N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coefficiente Variação
375,0	1,0	210,0	32,5	22,0	35,7	109,9

Na Tabela 6, é possível visualizar que a maioria dos doentes eram casados (59,5%, N=223), 26,1% (N=98) eram viúvos, 8,3% (N=31) eram solteiros. No que se refere à situação profissional, constata-se que 85,4% eram reformados, 7,0% tinham situação profissional não definida ou desconhecida, estavam empregados 5,6% e 2,1% eram domésticas, tal como permite observar a Tabela 7.

Tabela 6 – Estado civil dos utentes da UCP

Estado civil	N	%
Viúvo	98	26,1
Casado	223	59,5
Solteiro	31	8,3
Divorciado	21	5,6
Não definido	2	0,5
Total	375	100,0

Tabela 7 – Situação profissional dos utentes da UCP

Situação profissional	N	%
Reformado	320	85,3
Empregado	21	5,6
Doméstica	8	2,1
Não definido/Desconhecido	26	7,0
Total	375	100,0

Dos 375 doentes analisados, 256 tinham o 1º estadio de educação básica, que corresponde à 4ª classe/6º ano, 82 doentes não tinham escolaridade ou possuíam educação primária e apenas 8 tinham educação pós-secundária (bacharelato/mestrado) e um curso doutoral (Tabela 8).

Tabela 8 – Nível de escolaridade dos utentes da UCP

Nível de escolaridade	N	%
Sem educação, educação 1ª (pré-primária)	82	21,9
1º estadio de educação básica (4º classe/6º ano)	256	68,2
2º estadio de educação básica (5º ano antigo/9º ano)	24	6,4
Educação Secundária (7º ano antigo/12º ano)	4	1,1
Educação Pós-Secundária (6m/2 anos - Bacharelato/Mestrado)	8	2,1
1º estadio de educação 3ª (2 anos - curso doutoral)	1	0,3
Total	375	100,0

Por sua vez, no que se refere aos concelhos de origem dos utentes, apenas 8,8% (N=33) não pertenciam ao distrito de Bragança. Dos pertencentes ao distrito de Bragança, 23,7% (N=89) provinham do concelho de Bragança, 19,7% (N=74) de Macedo de Cavaleiros, seguindo-se 13,3% (N=50) do concelho de Mirandela. Os concelhos menos representativos são Vila Nova de Foz Côa (1,3%) e Freixo de Espada à Cinta (0,5%). Os dados referidos encontram-se presentes na Tabela 9.

Tabela 9 – Concelhos de origem dos utentes da UCP

Concelho de origem	N	%
Bragança	89	23,7
Vimioso	13	3,5
Mirandela	50	13,3
Vila Flor	19	5,1
Mogadouro	12	3,2
Macedo de Cavaleiros	74	19,7
Freixo Espada à Cinta	2	0,5
Carraceda de Ansiães	13	3,5
Vinhais	27	7,2
Torre de Moncorvo	11	2,9
Alfandega da Fé	16	4,3
Miranda do Douro	11	2,9
Vila Nova de Foz Côa	5	1,3
Fora do Distrito de Bragança	33	8,8
Total	375	100,0

A referenciação dos utentes, tal como referido anteriormente pode ocorrer por via hospitalar ou domiciliária. Dos 375 doentes analisados verifica-se, através da Tabela 10, que 307 tiveram origem hospitalar e 68 origem domiciliária.

Tabela 10 – Instituição de saúde de origem dos utentes da UCP

Origem	N	%
Hospital	307,0	81,9
Domicílio	68,0	18,1
Total	375,0	100,0

A instituição hospitalar de origem mais representativa é a ULSNE (83%, N=255), seguindo-se o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) (9,8%, N=30), o IPO do Porto com 3,6% (N=11), sendo que os restantes representam 1% ou menos de 1%, ta como apresenta a Tabela 11

Tabela 11 – Instituição hospitalar de origem dos utentes da UCP

Instituição hospitalar de origem	N	%
ULSNE	255	83,0
CHTMAD	30	9,8
IPO Porto	11	3,6
CHUC	1	0,3
Hospital S. João	2	0,7
Hospital da Guarda	3	1,0
CHVila Nova Gaia/Espinho	1	0,3
CH Médio Ave	1	0,3
CH Alto Ave	1	0,3
IPO Coimbra	1	0,3
Hospital de Oliveira do Hospital	1	0,3
Total	307	100,0

No aplicativo informático da RNCCI a causa de solicitação divide-se em sete categorias: descanso do cuidador, utente em situação de fragilidade, doenças crónicas em agudização, necessidade de continuidade de cuidados, necessidade de vigilância e tratamentos complexos, cuidados paliativos e necessidade de ensino doente/cuidadores. Cada uma destas categorias subdivide-se em vários itens. A Tabela 12 permite observar que nenhum dos utentes da UCP teve como causa de solicitação o descanso do cuidador.

Tabela 12 – Causa de solicitação de internamento na UCP, categoria descanso do cuidador

Descanso do cuidador	N	%
Sim	0	0,0
Não	375	100,0
Total	375	100,0

Relativamente à categoria de situação de fragilidade, representada na Tabela 13, em 0,5% (N=2) dos utentes esta categoria não era aplicável e, por sua vez a principal causa de solicitação é a dependência em Atividades de Vida Diária (AVD) (93,3%, N=350).

Tabela 13 – Causa de solicitação de internamento na UCP, categoria de situação de fragilidade

Situação de fragilidade	N	%
Dependência em AVD	350	93,3
Outras	9	2,4
Desnutrição	8	2,1
Deterioração cognitiva	6	1,6
Não aplicável	2	0,5
Total	375	100,0

No que se refere à categoria doenças crónicas em agudização, apresentado na Tabela 14, em 7,2% (N=27) dos utentes da UCP não era aplicável, 2,1% (N=8) apresentava Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), 1,9% (N=7) doença cardiovascular, 1,6% (N=6) hepatopatia e a maioria não tinha especificação da doença crónica (87,2%, N=327).

Tabela 14 – Causa de solicitação de internamento na UCP, categoria de doença crónica em agudização

Doenças crónicas em agudização	N	%
Outras	327	87,2
Doença cardiovascular	7	1,9
Não aplicável	27	7,2
Hepatopatia	6	1,6
DPOC	8	2,1
Total	375	100,0

A Tabela 15 permite visualizar que, o principal motivo pela necessidade de continuidade de cuidados era a gestão do regime terapêutico (77,1%, N=289), seguindo-se com 8,3% (N=31) o tratamento de feridas/úlceras de pressão, outros com 8% (N=30), manutenção de dispositivos com 4,8% (N=18), e 0,5% (N=2) reabilitação. Em 1,3% (N=5) esta categoria não foi aplicável.

Tabela 15 – Causa de solicitação de internamento na UCP, categoria de necessidade de continuidade de cuidados

Necessidade de continuidade de cuidados	N	%
Gestão do regime terapêutico	289	77,1
Manutenção de dispositivos	18	4,8
Outros	30	8,0
Tratamento de feridas/úlceras de pressão	31	8,3
Não aplicável	5	1,3
Reabilitação	2	0,5
Total	375	100,0

Para a maioria dos utentes da UCP a necessidade de tratamento complexos não está especificada, 267 dos 375 utentes. Para 56 utentes esta categoria não era aplicável, 32 eram portadores de Sonda Nasogástrica (SNG) ou Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG), 11 apresentavam úlceras de pressão múltiplas e 9 eram doentes pós-cirúrgicos. Estes dados são passíveis de visualização na Tabela 16.

Tabela 16 – Causa de solicitação de internamento na UCP, categoria de necessidade de tratamentos complexos

Necessidade de tratamentos complexos	N	%
Outras	267	71,2
Portadores de SNG/PEG	32	8,5
Não aplicável	56	14,9
Pós-cirúrgicos	9	2,5
Úlceras de pressão múltiplas	11	2,9
Total	375	100,0

Verifica-se, na Tabela 17, que no que às causas de solicitação, em 73,3% a necessidade de ensinos ao doente e/ou cuidadores devia-se ao regime terapêutico, seguindo-se em 8,3% os autocuidados, a execução de técnicas em 6,7%. Em 6,1% não é especificado e não aplicável em 4%, Por último, visualiza-se que a necessidade de ensino de hábitos de risco esteve presente em 1,6%.

Tabela 17 – Causa de solicitação de internamento na UCP, categoria de necessidade de ensino ao utente e/ou cuidador

Necessidades de ensino ao utente/familiar	N	%
Regime terapêutico	275	73,3
Hábitos de risco	6	1,6
Não aplicável	15	4,0
Outros	23	6,1
Execução de técnicas	25	6,7
Auto-cuidados	31	8,3
Total	375	100,0

Relativamente aos diagnósticos dos doentes da UCP, apresentados na Tabela 18 e 19, verifica-se que dos 375 doentes da UCP, 365 (97,3%) doentes apresentavam diagnóstico oncológico e em apenas 10 (2,7%) o diagnóstico era não oncológico.

Tabela 18 – Diagnóstico dos utentes da UCP

Diagnósticos	N	%
Oncológicos	365	97,3
Não oncológicos	10	2,7
Total	375	100,0

Dos doentes com diagnóstico oncológico (N=365), verificou-se que as neoplasias mais prevalentes eram as do foro gastrointestinal (N=104, 28,5%), seguem-se a neoplasia hépato-biliar e pâncreas (N=46, 12,5%), pulmonar (N=33, 9,0%), próstata (N=29, 7,9%), órgãos genitais femininos (N=28, 7,7%) e cabeça/pescoço (N=24, 6,6%). A neoplasia da pele é a menos presente, representando 8 doentes (2,2%) (Tabela 19).

Tabela 19 – Diagnósticos oncológicos dos utentes da UCP

Diagnósticos oncológicos	N	%
Neoplasia da pele	8	2,2
Neoplasia de origem desconhecida	20	5,5
Neoplasia da mama	20	5,5
Neoplasia da próstata	29	7,9
Neoplasia gastrointestinal	104	28,5
Neoplasia órgão genitais femininos	28	7,7
Neoplasia pulmonar	33	9,0
Neoplasia cerebral	23	6,3
Neoplasia hepato-biliar e pâncreas	46	12,6
Neoplasia cabeça/pescoço	24	6,6
Neoplasia sistema urinário	13	3,6
Neoplasia linfática, ossos e sangue	17	4,6
Total	365	100,0

Quanto ao destino dos utentes da UCP, apresentados na Tabela 20, destaca-se que 83,7% dos doentes faleceram. Outras possibilidades de destino foram alta para Unidade de Longa duração e Manutenção (ULDM) (N=18, 4,8%), alta para domicílio (N=17, 4,5%), alta para outra UCP (N=8, 2,1%), alta com resposta da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (N=6, 1,6%), alta para lar (N=6, 1,6%), alta por agudização (N=4, 1,1%) e 1 utente teve alta por abandono da UCP.

Tabela 20 – Destino dos utentes da UCP

Destino	N	%
Alta por agudização	4	1,1
Alta para outra UCP	8	2,1
Alta para ECCI	7	1,9
Alta por abandono	1	0,3
Alta para lar	6	1,6
Alta para o domicílio	17	4,5
Alta para ULDM	18	4,8
Óbito	314	83,7
Total	375	100,0

2.3. Instrumentos

Os dados estatísticos em análise, e tratados em Microsoft Excel e SPSS, foram recolhidos na plataforma informática, aplicativo de monitorização da RNCCI correspondente

à UCP da ULSNE. As ilações foram retiradas recorrendo a instrumentos de estatística descritiva, como por exemplo, médias, mediana, desvio padrão e percentagens. Sempre que possível foi utilizada estatística indutiva através da utilização de testes paramétricos e não paramétricos.

O aplicativo de monitorização da RNCCI (plataforma informática), criado pela UMCCI, corresponde a um instrumento de utilização comum que permite a administração constante dos diferentes níveis de coordenação existentes na RNCCI. Os registos no aplicativo, a preencher por cada unidade/equipa, são fundamentais para permitir a monitorização e avaliação da RNCCI.

A proposta de ingresso na RNCCI é efetuada pela vertente hospitalar, mais concretamente pelas EIHSCP e pela vertente domiciliária, através das ECSCP. A criação de um novo episódio no aplicativo implica a introdução dos elementos identificativos do doente, diagnóstico e caracterização social, tal como a identificação da tipologia de cuidados, proposta por ser apropriada às necessidades do utente. Posteriormente, ainda através do aplicativo, a respetiva Equipa Coordenadora Local (ECL) avalia o processo verificando se os critérios de referência são cumpridos e se a tipologia é adequada ao doente aprovando, ou não, a proposta e iniciando o processo de admissão (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015).

Caso o doente aceite as condições de admissão deve proceder à escolha da unidade que, geograficamente, lhe é mais vantajosa em termos de distância à zona de residência, por ordem preferencial dentro da mesma tipologia. É obrigatório que o doente, ou o seu representante legal, assine o consentimento informado e/ou o termo de aceitação. De seguida, a ECL informa a Equipa Coordenadora Regional (ECR) para alocar vaga, porque esta é detentora das vagas existentes em cada unidade, sendo que as próprias unidades devem informar sempre o número de vagas disponíveis e o género que pode ser ocupado (ACSS, 2015).

Se existir vaga, a ECR certifica a associação com a ECL, a entidade referenciadora, doente e unidade/equipa prestadora. No caso de não existir vaga na região é contactada a ECR mais próxima e assim, sucessivamente, até se encontrar vaga. No caso de os objetivos terapêuticos não serem atingidos, ou terem sido atingidos mas a tipologia já não ser adequada ao utente, existe a possibilidade de mobilidade dos utentes dentro da RNCCI (ACSS, 2015).

Tal como referido anteriormente, a UCP está integrada na RNCCI, seguindo por isso as orientações da mesma. Os registos diários dos profissionais de saúde são efetuados no programa informático SClínico mas também realizam registos na plataforma informática da RNCCI, designado por aplicativo informático Gestcare CCI. No aplicativo de monitorização visualizam-se dados de identificação do utente, proveniência do utente, as causas da solicitação, diagnóstico, realização de registos médicos, de enfermagem, assistente social e outros profissionais. Possibilita também a realização da avaliação do risco de quedas, segundo a escala de Morse, risco de úlceras de pressão, segundo a escala de Braden, escala de cuidados paliativos, avaliação de sintomas, segundo Edmonton e avaliação da dor.

Segundo a RNCCI, existem módulos de preenchimento obrigatório para as entidades referenciadoras mas também para a unidade de internamento. Nestas últimas os módulos de preenchimento obrigatório são na admissão (primeiras 72 horas), durante o internamento ao 15º dia e, posteriormente mensalmente e aquando da alta (Diretiva Técnica n.º 1, 2010).

O Gestcare CCI tem tido diversas alterações ao longo dos anos de funcionamento da RNCCI, sobretudo para os cuidados paliativos, que no ano de 2011 passaram a ter registos próprios como a avaliação de sintomas de Edmonton (Diretiva Técnica n.º 3, 2011).

Tendo em conta as diretrizes da RNCCI sobre os módulos de preenchimento obrigatório e uma vez que não existe limite nos dias de internamento dos doentes da UCP e de forma a uniformizar os dados analisados, em relação às escalas presentes no Gestcare CCI, foram analisadas para cada escala a primeira avaliação realizada, a segunda avaliação realizada e a última, que corresponde à terceira avaliação. Portanto, com base nestes dados foi elaborada uma base de dados em Microsoft Excel e posteriormente foram tratados em SPSS.

2.4. Procedimentos

Os dados estatísticos em análise, e tratados em Microsoft Excel e SPSS, foram recolhidos na plataforma informática, aplicativo de monitorização da RNCCI correspondente à UCP da ULSNE, após parecer positivo da Comissão de Ética da ULSNE (Anexo VI).

2.5. Análise de dados

Pestana e Gageiro (2008, p.17), referem que “ a estatística é um instrumento matemático necessário para recolher, organizar, apresentar, analisar e interpretar dados”, dividindo-se em estatística descritiva e estatística indutiva. A estatística descritiva permite descrever dados, tal como realizado anteriormente na descrição socio demográfica dos utentes da UCP. Seguidamente, será utilizada estatística indutiva através da utilização de testes paramétricos e não paramétricos. O procedimento referente ao tratamento dos dados estatísticos operou-se através do recurso ao programa informático SPSS

Relativamente ao risco de queda e ao risco de úlceras de pressão recorreu-se ao teste T para amostras emparelhadas (comparação de 3 momentos de avaliação), teste de Qui-Quadrado e as curvas de Kaplan Meier.

Segundo Pestana e Gageiro (2008), o teste T para amostras emparelhadas baseia-se nas diferenças antes e depois para cada elemento da amostra. Por sua vez, o teste Qui-Quadrado permite testar “se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica” (Maroco, 2003, p.86). Através das curvas de Kaplan Meier verifica-se a análise de sobrevivência, em que a variável dependente é o tempo decorrido até que um acontecimento se verifique (Botelho, Silva e Cruz, 2009).

Na escala cuidados paliativos, composta por 19 itens (sinais/sintomas) realizou-se o teste binomial, usado em amostras independentes em que a variável qualitativa é dicotómica. Por sua vez, na escala de avaliação de sintomas de Edmonton, no item do utente apto para preencher avaliação utilizou-se o teste binomial e nos restantes sintomas recorreu-se ao teste T para amostras emparelhadas.

Por último, na escala de avaliação da dor recorreu-se ao teste de Friedman e ao coeficiente de correlação de Pearson. No teste de Friedman, a variável utilizada é classificada numa escala de nível ordinal e utiliza-se em amostras emparelhadas, comparando mais de duas médias (Pestana e Gageiro, 2008).

O nível de significância para este estudo foi estabelecido para um $p \leq 0,05$.

3. Resultados

Para uma melhor compreensão dos dados, os resultados obtidos encontram-se expressos em tabelas, acompanhadas pela respetiva descrição dos resultados obtidos.

Relativamente ao registo de risco de queda, efetuados através da escala de Morse, pode-se observar, na Tabela 21, que dos 375 analisados, 242 tinham uma avaliação do risco de queda, 99 tinham duas avaliações e apenas 48 tinham três ou mais avaliações. No que se refere à classificação do risco de queda, nas três avaliações o risco médio é aquele que predomina, 59,5% na primeira avaliação, 53,5% na segunda avaliação e 41,7% na terceira avaliação.

Tabela 21 – Risco de queda - Morse

Risco de queda - Morse								
Avaliação \ Classificação	Baixo		Médio		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 ^a	63	26,0	144	59,5	35	14,5	242	100,0
2 ^a	25	25,3	53	53,5	21	21,2	99	100,0
3 ^a	12	25,0	20	41,7	16	33,3	48	100,0

A Tabela 22 apresenta o teste T para amostras emparelhadas para o risco de queda – Morse, aplicado aos doentes com segunda e terceira avaliações. Verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas nas comparações efetuadas (valor de $p > 0,05$).

Tabela 22 - Significância estatística do teste T para amostras emparelhadas para o risco de queda - Morse

Momentos de avaliação	Média	Desvio padrão	valor de p
Morse 2 ^a avaliação - Morse 3 ^a avaliação	-3,333	23,931	0,339

A Tabela 23 refere-se à aplicação do teste Qui Quadrado ao risco de queda – Morse, destaca-se que este teste estatístico foi apenas realizado aos doentes que têm 3 avaliações

(N=48). Verifica-se que à entrada (1ª avaliação) e na segunda avaliação parece haver diferença grande naqueles que eram classificados nos diferentes tipos de risco. Contudo, não se consegue perceber uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos na última avaliação.

Tabela 23 – Teste Qui-Quadrado para o risco de queda – Morse

Teste Qui-quadrado	Escala de Morse - classificação		
	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação
Qui-quadrado	42,125a	9,375a	2,000a
df	2	2	2
Valor de p	0	0,009	0,368

a 0 células (0,0%) possuem frequências esperadas menores que 5. O mínimo de frequência de célula esperado é 16,0.

A realização das curvas de Kaplan Meier para risco de queda Morse, apresentado nas Tabelas 24 e 25, permite observar que a análise de sobrevivência foi realizada em 242 utentes, dos quais 102 eram do género feminino e 140 do género masculino. O N censurado corresponde a 0. No Gráfico 1 observa-se que, na totalidade dos doentes avaliados, é expectável que com o aumento dos dias de internamento, aumente o risco de queda. O risco de queda é maior no género masculino mas, em ambos os géneros estabiliza a partir dos 100 dias de internamento.

Tabela 24 – Tabela resumo das curvas de Kaplan Meier para risco de queda – Morse, por género

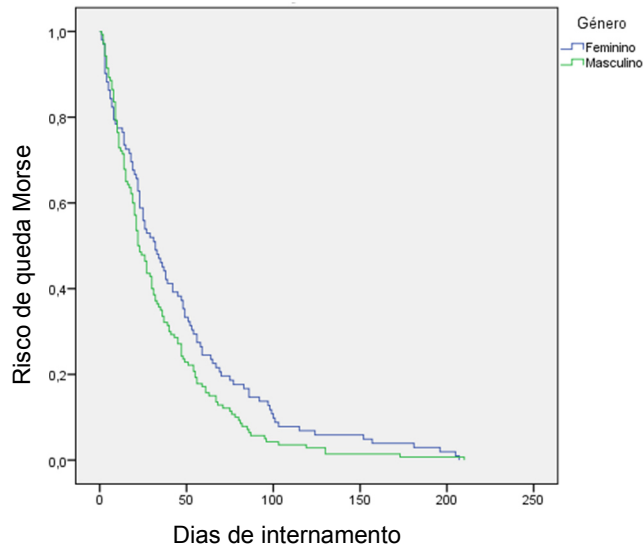
Resumo das curvas Kaplan Meier no risco de queda Morse			
Género	N total	N de Eventos	N Censurado
Feminino	102	102	0
Masculino	140	140	0
Total	242	242	0

Tabela 25 – Tabela com médias e medianas das curvas de Kaplan Meier para risco de queda – Morse, por género

Médias e medianas das curvas de Kaplan Meier para risco de queda Morse								
Género	Média a				Mediana			
	Estimativa	Erro Padrão	Intervalo de confiança de 95%		Estimativa	Erro Padrão	Intervalo de confiança de 95%	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Feminino	45,853	4,543	36,948	54,758	32	5,049	22,104	41,896
Masculino	34,636	2,852	29,045	40,226	22	2,180	17,728	26,272
Total	39,364	2,547	34,371	44,356	26	2,500	21,100	30,900

a A estimação estará limitada ao maior tempo de sobrevivência se for censurada.

Gráfico 1 – Curvas de Kaplan Meier para risco de queda – Morse



O risco de úlceras de pressão, segundo a escala de Braden foi efetuado em 238 doentes numa primeira avaliação, 94 tinham segunda avaliação e somente 43 detinham terceira avaliação, tal como mostra a Tabela 26. A classificação do risco de úlceras de pressão é de baixo e elevado risco, sendo que nas três avaliações predomina o elevado risco, com percentagem acima dos 75,5%, que corresponde à segunda avaliação, e máximo de 79,1% que corresponde à terceira avaliação.

Tabela 26 – Risco de úlceras de pressão - Braden

Risco de úlceras de pressão - Braden						
Avaliação \ Classificação	Baixo		Elevado		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 ^a	50	21,0	188	79,0	238	100,0
2 ^a	23	24,5	71	75,5	94	100,0
3 ^a	9	20,9	34	79,1	43	100,0

Na aplicação do teste T para amostras emparelhadas para o risco de úlceras de pressão – Braden, aos doentes com duas e três avaliações, verifica-se, através da Tabela 27 que há diferenças estatisticamente significativas nas comparações efetuadas (valor de $p \leq 0,050$).

Tabela 27 - Significância estatística do teste T para amostras emparelhadas para o risco de úlcera de pressão - Braden

Teste T para amostras emparelhadas - risco de úlceras de pressão - Braden			
Momentos de avaliação	Média	Desvio padrão	valor de p
Braden 2ª avaliação - Braden 3ª avaliação	1,047	3,162	0,036

A aplicação do teste Qui Quadrado ao risco de úlceras de pressão – Braden está presente na Tabela 28. Destaca-se que este teste estatístico foi apenas realizado aos doentes que têm 3 avaliações (N=43). Verifica-se que nas três avaliações parece haver diferença grande naqueles que eram classificados nos diferentes tipos de risco.

Tabela 28 – Teste Qui-Quadrado para o risco de úlcera de pressão - Braden

Teste Qui-quadrado	Risco de úlceras de pressão - Braden		
	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação
Qui-quadrado	12,302a	12,302a	14,535a
df	1	1	1
Valor de p	0	0	0

a 0 células (0,0%) possuem frequências esperadas menores que 5. O mínimo de frequência de célula esperado é 21,5.

A realização das curvas de Kaplan Meier para o risco de úlcera de pressão Braden, apresentado nas Tabelas 29 e 30, permite observar que a análise de sobrevivência foi realizada em 238 utentes, dos quais 101 eram do género feminino e 137 do género masculino. O N censurado corresponde a 0. No Gráfico 2 observa-se que, na totalidade dos doentes avaliados, é expectável que com o aumento dos dias de internamento, aumente o risco de úlcera de pressão. O risco de úlcera de pressão é maior no género masculino mas, em ambos os géneros estabiliza a partir dos 100 dias de internamento.

Tabela 29 – Tabela resumo das curvas de Kaplan Meier para risco de úlcera de pressão – Braden, por género

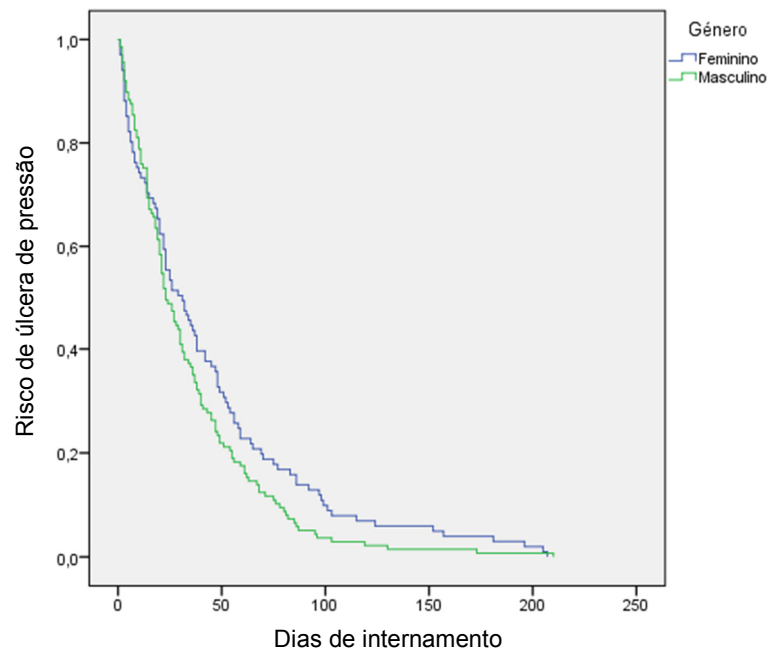
Resumo das curvas Kaplan Meier no risco de úlcera de pressão Braden			
Género	N total	N de Eventos	N Censurado
Feminino	101	101	0
Masculino	137	137	0
Total	238	238	0

Tabela 30 – Tabela com médias e medianas das curvas de Kaplan Meier para risco de úlcera de pressão – Braden, por género

Médias e medianas das curvas de Kaplan Meier para risco de úlcera de pressão Braden								
Género	Média a				Mediana			
	Estimativa	Erro Padrão	Intervalo de confiança de 95%		Estimativa	Erro Padrão	Intervalo de confiança de 95%	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Feminino	44,129	4,607	35,100	53,158	31	5,481	20,256	41,744
Masculino	34,533	2,814	29,017	40,048	23	2,464	18,170	27,830
Total	38,605	2,552	33,604	43,606	26	2,571	20,961	31,039

a A estimação estará limitada ao maior tempo de sobrevivência se for censurada.

Gráfico 2 – Curvas de Kaplan Meier para risco de úlcera de pressão – Braden, por género



A escala cuidados paliativos é composta por 19 sinais/sintomas; dor, disfagia, obstipação, sem via oral, incontinência, confusão/agitação, convulsões, cheiro fétido, sonolência, coma, dispneia, náuseas/vómitos, oclusão caquexia, insónia, angústia/depressão, ferida/ulceração, hemorragia, acamado. Nos itens coma e acamado, as possibilidades de resposta são sim ou não e nas restantes, controlado ou não controlado.

Nas Tabelas 31, 32 e 33 é possível visualizar os sinais/sintomas dor, disfagia e obstipação, respetivamente. A dor estava controlada numa primeira avaliação em 53,7% dos doentes, passando a 82,2% na segunda avaliação e na terceira avaliação 77,8% dos doentes tinham dor controlada. Na disfagia, a percentagem de utentes com o sintoma controlado era nas três avaliações, superior a 83,0%. A obstipação era também um sintoma maioritariamente controlado nas três avaliações, 69,0%, 77,2% e 74,1% respetivamente.

Para a dor, através do teste binomial é possível observar que na primeira avaliação não há diferenças estatisticamente significativas, contudo existem diferenças estatisticamente significativas na segunda e terceira avaliações entre grupos. Na disfagia e obstipação, nos três momentos de avaliação, observa-se que há diferenças estatisticamente significativas (valor de $p \leq 0,050$).

Tabela 31 – Escala cuidados paliativos – dor e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - dor							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	123	53,7	0,290	106	46,3	229	100,0
2 ^a	83	82,2	0,000	18	17,8	101	100,0
3 ^a	42	77,8	0,000	12	22,2	54	100,0

Tabela 32 – Escala cuidados paliativos – disfagia e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - disfagia							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	190	83,0	0,000	39	17,0	229	100,0
2 ^a	88	87,1	0,000	13	12,9	101	100,0
3 ^a	46	85,2	0,000	8	14,8	54	100,0

Tabela 33 – Escala cuidados paliativos – obstipação e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - obstipação							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	158	69,0	0,000	71	31,0	229	100,0
2 ^a	78	77,2	0,000	23	22,8	101	100,0
3 ^a	40	74,1	0,001	14	25,9	54	100,0

O sinal/sintoma sem via oral, encontrava-se majoritariamente controlado nas três avaliações e a percentagem de não controlado varia entre 11,8% na primeira avaliação e 13,0% na terceira avaliação. Na agitação, a percentagem de controlado é superior a 70,0% (segunda avaliação), com o máximo de 87,0% na terceira avaliação. Destaca-se ainda que, na 2^a avaliação da agitação, existem 100 utentes avaliados e não 101 nos restantes sintomas. Por outro lado, a incontinência apresenta percentagem de não controlado superior

aos dois sinais/sintomas anteriores, sendo de 49,8% na primeira avaliação, 52,5% na segunda avaliação e 27,8% na terceira avaliação (Tabelas 34, 35 e 36).

Tabela 34 – Escala cuidados paliativos – sem via oral e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - sem via oral							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	202	88,2	0,000	27	11,8	229	100,0
2 ^a	89	88,1	0,000	12	11,9	101	100,0
3 ^a	47	87,0	0,000	7	13,0	54	100,0

Tabela35 – Escala cuidados paliativos – agitação e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - agitação							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	165	72,1	0,000	64	27,9	229	100,0
2 ^a	70	70,0	0,000	30	30,0	100	100,0
3 ^a	47	87,0	0,000	7	13,0	54	100,0

Tabela 36 – Escala cuidados paliativos – incontinência e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - incontinência							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	115	50,2	1,000	114	49,8	229	100,0
2 ^a	48	47,5	0,691	53	52,5	101	100,0
3 ^a	39	72,2	0,001	15	27,8	54	100,0

Nos sinais/sintomas sem via oral e agitação, através do teste binomial é possível observar que nas três avaliações há diferenças estatisticamente significativas, contudo não existem diferenças estatisticamente significativas na primeira e segunda avaliações entre grupos no sinal/sintoma incontinência. Na terceira avaliação deste mesmo sinal observa-se que há diferenças estatisticamente significativas (valor de $p \leq 0,050$).

Nas convulsões, cheiro fétido e sonolência, destaca-se que nas três avaliações os sintomas estavam maioritariamente controlados, com o máximo de 100% na segunda e terceira avaliações das convulsões e mínimo de 82,1% na primeira avaliação da sonolência (Tabelas 37, 38 e 39).

Tabela 37 – Escala cuidados paliativos – convulsões e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - convulsões							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	226	98,7	0,000	3	1,3	229	100,0
2 ^a	100	100,0	0,000	0	0,0	100	100,0
3 ^a	54	100,0	0,000	0	0,0	54	100,0

Tabela 38 – Escala cuidados paliativos – cheiro fétido e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - cheiro fétido							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	200	87,3	0,000	29	12,7	229	100,0
2 ^a	89	89,0	0,000	11	11,0	100	100,0
3 ^a	47	87,0	0,000	7	13,0	54	100,0

Tabela 39 – Escala cuidados paliativos – sonolência e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - sonolência							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	188	82,1	0,000	41	17,9	229	100,0
2 ^a	85	85,0	0,000	15	15,0	100	100,0
3 ^a	48	88,9	0,000	6	11,1	54	100,0

Através do teste binomial é possível observar que, nas três avaliações dos sinais/sintomas convulsões, cheiro fétido e sonolência, há diferenças estatisticamente significativas entre grupos (valor de $p \leq 0,050$).

Similarmente os sinais/sintomas anteriores, na oclusão, caquexia e insónia, nas três avaliações, os doentes apresentavam percentagem igual ou superior a 81,2% (primeira avaliação – caquexia) dos sinais/sintomas controlados, sendo o máximo de 98,1% (terceira avaliação – oclusão), tal como se pode observar nas Tabelas 40, 41 e 42. Destaca-se que na segunda avaliação da oclusão foram avaliados 99 utentes e 53 na terceira avaliação da caquexia.

Tabela 40 – Escala cuidados paliativos – oclusão e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - oclusão							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	219	95,6	0,000	10	4,4	229	100,0
2 ^a	96	97,0	0,000	3	3,0	99	100,0
3 ^a	53	98,1	0,000	1	1,9	54	100,0

Tabela 41 – Escala cuidados paliativos – caquexia e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - caquexia							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	186	81,2	0,000	43	18,8	229	100,0
2 ^a	88	88,0	0,000	12	12,0	100	100,0
3 ^a	49	92,5	0,000	4	7,5	53	100,0

Tabela 42 – Escala cuidados paliativos – insónia e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - insónia							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	191	83,4	0,000	38	16,6	229	100,0
2 ^a	88	88,0	0,000	12	12,0	100	100,0
3 ^a	49	90,7	0,000	5	9,3	54	100,0

Através do teste binomial é possível observar que, nas três avaliações dos sinais/sintomas apresentados anteriormente, há diferenças estatisticamente significativas entre grupos (valor de $p \leq 0,050$).

Na angústia/depressão dos 229 doentes avaliados na primeira avaliação, 138 apresentaram o sintoma controlado e 91 doentes não controlado. Na segunda avaliação a maioria (71 dos 100 doentes avaliados) evidenciava a angústia/depressão controlada e na terceira avaliação, dos 54 doentes avaliados, 34 tinham o sintoma controlado e 20 doentes não controlado (Tabela 43). Este perfil manteve-se para a ferida/ulceração, 164 controlados na primeira avaliação, 77 doentes controlados na segunda e 38 doentes controlados na terceira avaliação, como se pode visualizar na Tabela 44.

Tabela 43 – Escala cuidados paliativos – angústia/depressão e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - angústia/depressão							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	138	60,3	0,002	91	39,7	229	100,0
2 ^a	71	71,0	0,000	29	29,0	100	100,0
3 ^a	34	63,0	0,076	20	37,0	54	100,0

Tabela 44 – Escala cuidados paliativos – ferida/ulceração e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - ferida/ulceração							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	164	71,6	0,000	65	28,4	229	100,0
2 ^a	77	77,0	0,000	23	23,0	100	100,0
3 ^a	38	70,4	0,004	16	29,6	54	100,0

No sinal/sintoma angústia/depressão, através do teste binomial, é possível observar que há diferenças estatisticamente significativas entre grupos na primeira e segunda avaliações, contudo não existem diferenças estatisticamente significativas na terceira avaliação entre grupos. Evidencia-se ainda que há diferenças estatisticamente significativas entre grupos (valor de $p \leq 0,050$) no sinal/sintoma ferida/ulceração, entre grupos nas três avaliações.

Relativamente à hemorragia, o número de doentes controlados é superior aos não controlados nas três avaliações (219 doentes na primeira avaliação, 98 doentes na segunda e 52 doentes na terceira) (Tabela 45). Verifica-se também que na aplicação do teste binomial, o valor de $p \leq 0,050$, havendo diferença estatisticamente significativa entre grupos.

Tabela 45 – Escala cuidados paliativos – hemorragia e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - hemorragia							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	219	95,6	0,000	10	4,4	229	100,0
2 ^a	98	98,0	0,000	2	2,0	100	100,0
3 ^a	52	96,3	0,000	2	3,7	54	100,0

Nas Tabelas 46 e 47, observa-se que a percentagem de sinais/sintomas não controlados, relativamente à dispneia e náuseas/vómitos, nas três avaliações, apresentava-se distribuída entre o mínimo de 5,6% (terceira avaliação – náuseas/vómitos) e máximo de 18,3% (primeira avaliação – dispneia). Nestes dois sinais/sintomas, verifica-se que existe diferença estatisticamente significativa entre grupos.

Tabela 46 – Escala cuidados paliativos – dispneia e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - dispneia							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	187	81,7	0,000	42	18,3	229	100,0
2 ^a	82	82,0	0,000	18	18,0	100	100,0
3 ^a	50	92,6	0,000	4	7,4	54	100,0

Tabela 47 – Escala cuidados paliativos – náuseas/vómitos e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - náuseas/vómitos							
Avaliação \ Classificação	Controlado		Teste binomial	Não Controlado		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	194	84,7	0,000	35	15,3	229	100,0
2 ^a	91	92,9	0,000	7	7,1	98	100,0
3 ^a	51	94,4	0,000	3	5,6	54	100,0

Relativamente à possibilidade de o doente se encontrar acamado e/ou em coma, apresentado nas Tabelas 48 e 49, destaca-se que a quase totalidade dos doentes não estavam em coma (99,1% na primeira avaliação, 98,0% na segunda avaliação e 100% na terceira avaliação), mas estavam maioritariamente acamados (55,5% na primeira avaliação, 57,0% na segunda avaliação e 55,6% na terceira avaliação).

Tabela 48 – Escala cuidados paliativos – acamado e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - acamado							
Avaliação \ Classificação	Não		Teste binomial	Sim		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	102	44,5	0,113	127	55,5	229	100,0
2 ^a	43	43,0	0,193	57	57,0	100	100,0
3 ^a	24	44,4	0,497	30	55,6	54	100,0

Tabela 49 – Escala cuidados paliativos – coma e significância estatística do teste binomial

Cuidados paliativos - coma							
Avaliação \ Classificação	Não		Teste binomial	Sim		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	226	99,1	0,000	2	0,9	228	100,0
2 ^a	98	98,0	0,000	2	2,0	100	100,0
3 ^a	54	54,0	0,000	0	0,0	54	100,0

A aplicação do teste binomial no sinal/sintoma coma, é possível observar que há diferenças estatisticamente significativas entre grupos nas três avaliações, contudo não existem diferenças estatisticamente significativas nas três avaliações entre grupos para o sinal/sintoma acamado.

A escala de avaliação de sintomas de Edmonton utilizada no Gestace CCI (2015), questiona se o doente se encontra apto a preencher a avaliação, existindo as possibilidades de resposta sim e não. Posteriormente, os sintomas avaliados são a dor, cansaço, náusea, depressão ansiedade, sonolência, apetite, sensação de bem-estar e falta de ar. A escala é numerada de 0 a 10, sendo que 0 corresponde a ausência de sintoma e 10 pior intensidade do sintoma possível.

No que se refere ao facto de o doente se encontrar apto a preencher a avaliação, denota-se que, nas 3 avaliações, a maioria se apresentava apto (83,2% na 1^a avaliação, 76,9% na 2^a avaliação e 58,8% na 3^a avaliação) (Tabela 50). Realça-se ainda que neste item a amostrar para a 1^a avaliação é de 192, 130 na segunda avaliação e 97 na última avaliação. Com a aplicação do teste binomial observa-se que nas duas primeiras avaliações há diferenças estatisticamente significativas entre grupos mas, na última avaliação não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

Tabela 50 – Avaliação de sintomas de Edmonton – utente apto a preencher avaliação e significância estatística do teste binomial

Avaliação de Sintomas de Edmonton							
Utente apto a preencher avaliação							
Avaliação \ Classificação	Sim		Teste binomial	Não		Total	
	N	%	valor de p	N	%	N	%
1 ^a	159	83,2	0,000	32	16,8	191	100,0
2 ^a	100	76,9	0,000	30	23,1	130	100,0
3 ^a	57	58,8	0,104	40	41,2	97	100,0

Nas três avaliações da dor, a classificação 2 quanto à dor é predominante, com 23,4% na primeira avaliação, 26,3% na segunda avaliação e 28,9% na terceira avaliação. Posteriormente, seguia-se a dor com valoração 3 e 1, respetivamente. A dor com menor percentagem foi a dor valorada como 10 na primeira e terceira avaliações e a dor valorada a 9 na segunda avaliação, com 0% (Tabela 51).

Tabela 51 – Avaliação de sintomas de Edmonton – dor

Avaliação de Sintomas de Edmonton - dor																								
Avaliação \ Classificação	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª	12	6,3	31	16,1	45	23,4	34	17,7	21	10,9	13	6,8	10	5,2	12	6,3	11	5,7	3	1,6	0	0,0	192	100,0
2ª	4	3,0	24	18,0	35	26,3	25	18,8	16	12,0	12	9,0	4	3,0	10	7,5	2	1,5	0	0,0	1	0,8	133	100,0
3ª	4	4,1	14	14,4	28	28,9	18	18,6	9	9,3	8	8,2	3	3,1	9	9,3	4	4,1	0	0,0	0	0,0	97	100,0

No que se refere ao cansaço, na primeira avaliação prevalece o cansaço 3 (20,8%), na segunda avaliação o cansaço 4 e 5, ambos com 20,3% e na terceira avaliação o cansaço 3 com 18,6% (Tabela 52). É ainda possível visualizar que em ambos os sintomas (dor e cansaço), a classificação de 0 a 5 predominam, o que significa que os sintomas estavam ausentes, eram ligeiros ou moderados.

Tabela 52 – Avaliação de sintomas de Edmonton – cansaço

Avaliação de Sintomas de Edmonton - cansaço																								
Avaliação \ Classificação	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª	6	3,1	11	5,7	30	15,6	40	20,8	23	12,0	30	15,6	19	9,9	15	7,8	14	7,3	4	2,1	0	0,0	192	100,0
2ª	4	3,0	10	7,5	22	16,5	21	15,8	27	20,3	27	20,3	9	6,8	7	5,3	4	3,0	2	1,5	0	0,0	133	100,0
3ª	2	2,1	13	13,4	7	7,2	18	18,6	16	16,5	14	14,4	16	16,5	6	6,2	3	3,1	1	1,0	1	1,0	97	100,0

As Tabelas 53 e 54 referem-se à avaliação de sintomas de Edmonton para os sintomas náuseas e depressão. Para o sintoma náuseas, nas três avaliações, verifica-se que a maioria dos doentes apresentava classificação 0 ou 1, e para a classificação 10 (pior sintoma possível), na primeira e segunda avaliações não existia nenhum doente. Quanto à depressão, apura-se, que a predominância da classificação se encontrava entre 2 a 5.

Tabela 53 – Avaliação de sintomas de Edmonton – náuseas

Avaliação de Sintomas de Edmonton - náuseas																								
Classificação	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª	64	33,3	39	20,3	23	12,0	19	9,9	14	7,3	11	5,7	7	3,6	8	4,2	4	2,1	3	1,6	0	0,0	192	100,0
2ª	41	30,8	36	27,1	22	16,5	9	6,8	7	5,3	6	4,5	4	3,0	4	3,0	3	2,3	1	0,8	0	0,0	133	100,0
3ª	31	32,0	23	23,7	11	11,3	9	9,3	5	5,2	5	5,2	2	2,1	5	5,2	3	3,1	2	2,1	1	1,0	97	100,0

Tabela 54 – Avaliação de sintomas de Edmonton – depressão

Avaliação de Sintomas de Edmonton - depressão																								
Classificação	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª	9	4,7	17	8,9	26	13,5	35	18,2	37	19,3	31	16,1	18	9,4	12	6,3	6	3,1	1	0,5	0	0,0	192	100,0
2ª	6	4,5	7	5,3	19	14,3	21	15,8	27	20,3	36	27,1	9	6,8	3	2,3	5	3,8	0	0,0	0	0,0	133	100,0
3ª	4	4,1	5	5,2	13	13,4	16	16,5	11	11,3	22	22,7	12	12,4	5	5,2	5	5,2	3	3,1	1	1,0	97	100,0

De um modo geral, nas três avaliações e para a maioria dos doentes, para o sintoma ansiedade apresentava classificação entre 1 e 5, enquanto que, para o sintoma sonolência o perfil demonstra que a predominância da classificação é alargado entre 0 e 6 (Tabela 55 e 56).

Tabela 55 – Avaliação de sintomas de Edmonton – ansiedade

Avaliação de Sintomas de Edmonton - ansiedade																								
Classificação	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª	12	6,3	27	14,1	32	16,7	34	17,7	26	13,5	34	17,7	13	6,8	9	4,7	4	2,1	1	0,5	0	0,0	192	100,0
2ª	4	3	12	9,0	15	11,3	28	21,1	20	15,0	33	24,8	8	6,0	12	9,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	133	100,0
3ª	5	5,2	10	10,3	13	13,4	15	15,5	11	11,3	20	20,6	13	13,4	5	5,2	3	3,1	2	2,1	0	0,0	97	100,0

Tabela 56 – Avaliação de sintomas de Edmonton – sonolência

Avaliação de Sintomas de Edmonton - sonolência																								
Classificação	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª	24	12,5	20	10,4	44	22,9	25	13,0	30	15,6	30	15,6	10	5,2	2	1,0	3	1,6	4	2,1	0	0,0	192	100,0
2ª	10	7,5	15	11,3	31	23,3	21	15,8	21	15,8	21	15,8	4	3,0	3	2,3	6	4,5	1	0,8	0	0,0	133	100,0
3ª	5	5,2	9	9,3	10	10,3	13	13,4	14	14,4	16	16,5	15	15,5	7	7,2	5	5,2	3	3,1	0	0,0	97	100,0

Quanto ao sintoma apetite, a Tabela 57 permite observar que a distribuição da classificação, nas três avaliações é mais dispersa. Nas três avaliações a classificação 5 era predominante, sendo a classificação 10 a menos presente.

Tabela 57 – Avaliação de sintomas de Edmonton – apetite

Classificação Avaliação		Avaliação de Sintomas de Edmonton - apetite																							
		0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª		10	5,2	6	3,1	13	6,8	14	7,3	21	10,9	42	21,9	26	13,5	31	16,1	21	10,9	5	2,6	3	1,6	192	100,0
2ª		4	3,0	12	9,0	17	12,8	13	9,8	13	9,8	30	22,6	9	6,8	10	7,5	14	10,5	8	6,0	3	2,3	133	100,0
3ª		9	9,3	10	10,3	5	5,2	6	6,2	8	8,2	21	21,6	8	8,2	10	10,3	5	5,2	11	11,3	4	4,1	97	100,0

Através da Tabela 58, observa-se que para o sintoma bem estar, nas três avaliações predominam as classificações 4, 5, 6, 7 e 8.

Tabela 58 – Avaliação de sintomas de Edmonton – bem estar

Classificação Avaliação		Avaliação de Sintomas de Edmonton - bem estar																							
		0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª		1	0,5	5	2,6	17	8,9	18	9,4	25	13,0	51	26,6	28	14,6	23	12,0	19	9,9	5	2,6	0	0,0	192	100,0
2ª		1	0,8	3	2,3	11	8,3	14	10,5	16	12,0	38	28,6	24	18,0	12	9,0	11	8,3	3	2,3	0	0,0	133	100,0
3ª		4	4,1	4	4,1	7	7,2	8	8,2	14	14,4	18	18,6	13	13,4	9	9,3	12	12,4	6	6,2	2	2,1	97	100,0

Para o sintoma falta de ar, verifica-se, através da Tabela 59, que a maioria dos doentes apresentava classificação entre 0 e 2, o que significa que estava ausente ou ligeiramente presente.

Tabela 59 – Avaliação de sintomas de Edmonton – falta de ar

Classificação Avaliação		Avaliação de Sintomas de Edmonton - falta de ar																							
		0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª		63	32,8	35	18,2	25	13,0	17	8,9	6	3,1	18	9,4	7	3,6	3	1,6	13	6,8	5	2,6	0	0,0	192	100,0
2ª		43	32,3	32	24,1	13	9,8	9	6,8	6	4,5	9	6,8	4	3,0	6	4,5	8	6,0	3	2,3	0	0,0	133	100,0
3ª		20	20,6	24	24,7	14	14,4	11	11,3	4	4,1	2	2,1	9	9,3	7	7,2	4	4,1	2	2,1	0	0,0	97	100,0

Na avaliação de sintomas Edmonton foi realizado o teste T para amostras emparelhadas aos utentes com segunda e terceira avaliações, apresentado na Tabela 60.

De salientar que a escala de avaliação de sintomas Edmonton foi apenas introduzida no ano de 2011 no aplicativo Gestcare CCI. Destaca-se ainda que 133 utentes apresentavam segunda avaliação e 97 utentes terceira avaliação.

Observa-se que no sintoma dor não há diferença estatisticamente significativa nas comparações efetuadas (valor de $p > 0,05$). Por sua vez, no sintoma cansaço, valor de $p \leq 0,05$, pelo que se verifica diferença estatisticamente significativa entre a segunda e a terceira avaliações. Para o sintoma náuseas que há diferença estatisticamente significativa entre grupos entre a segunda e a última avaliações. Verifica-se também, para o sintoma depressão que há diferença estatisticamente significativa nas comparações efetuadas. Contrariamente, não se verifica diferença estatisticamente significativa entre grupos entre a segunda e terceira avaliações (valor de $p > 0,05$), no sintoma ansiedade. No sintoma sonolência, verifica-se diferença estatisticamente significativa entre a segunda e a terceira avaliação. Similarmente ao anterior, no sintoma apetite, valor de $p > 0,05$, pelo que não há diferença estatisticamente significativa entre grupos entre a segunda e terceira avaliações. Também no sintoma bem-estar não existem diferença estatisticamente significativa entre grupos entre os utentes que têm segunda e terceira avaliações. Por último, no sintoma falta de ar, valor de $p \leq 0,05$, pelo que se verifica diferença estatisticamente significativa entre a segunda e a terceira avaliações.

Tabela 60 – Teste T para amostras emparelhadas para avaliação de sintomas de Edmonton

Avaliação de sintomas Edmonton - Teste T para amostras emparelhadas		
Sintomas	Momentos de avaliação	Valor de p
Dor	Dor 2ª av - Dor 3ª av	0,365
Cansaço	Cansaço 2ª av - Cansaço 3ª av	0,028
Náuseas	Náuseas 2ª av - Náuseas 3ª av	0,012
Depressão	Depressão 2ª av - Depressão 3ª av	0,016
Ansiedade	Ansiedade 2ª av - Ansiedade 3ª av	0,593
Sonolência	Sonolência 2ª av - Sonolência 3ª av	0,000
Apetite	Apetite 2ª av - Apetite 3ª av	0,062
Bem-estar	Bem-estar 2ª av - Bem-estar 3ª av	0,159
Falta de ar	Falta de ar 2ª av - Falta de ar 3ª av	0,003

A Tabela 61, permite visualizar que a avaliação da dor, que neste item do Gestcare CCI é de 0 a 5, foram realizadas 340 primeiras avaliações da dor, 161 doentes apresentavam segunda avaliação da dor e apenas 79 continham terceira avaliação.

Tabela 61 – Avaliação da dor

Classificação		Avaliação da dor													
		0		1		2		3		4		5		Total	
Avaliação		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª		20	5,9	82	24,1	133	39,1	70	20,6	27	7,9	8	2,4	340	100,0
2ª		9	5,6	45	28,0	69	42,9	32	19,9	4	2,5	2	1,2	161	100,0
3ª		3	3,8	26	32,9	25	31,6	17	21,5	7	8,9	1	1,3	79	100,0

Na primeira avaliação prevalecia a dor 2 com 39,1%, seguindo-se a dor 1 com 24,1%, dor 3 com 20,6% e com menor percentagem a dor 5 (2,4%). Na segunda avaliação, manteve-se a dor 2 como predominante (42,9%), posteriormente a dor 1 com 28,0%, dor 3 com 19,9%, dor 0 com 5,6%, dor 4 com 2,5% e, tal como na primeira avaliação a menor percentagem correspondia à dor 5 com 1,2%. Relativamente à terceira avaliação, a dor 1 é a que apresentava maior percentagem, seguindo-se a dor 2 com 31,6%, dor 3 com 21,5%, dor 4 com 3,8% e por último a dor 5 com 1,3%.

A Tabela 62 permite visualizar a correlação de Pearson na avaliação da dor. Neste teste foram utilizados apenas os utentes que tinham as três avaliações (N=79). Verifica-se que existe correlação positiva entre a primeira e a segunda avaliações e entre a segunda e a terceira avaliações. No entanto, não se verificou correlação entre a primeira e a terceira avaliações.

Tabela 62 – Correlação de Pearson na avaliação da dor

Correlação de Pearson				
		Avaliação 1 - Dor	Avaliação 2 - Dor	Avaliação 3 - Dor
Avaliação 1 - Dor	Correlação de Pearson	1		
	valor de p			
	N	79		
Avaliação 2 - Dor	Correlação de Pearson	,250*	1	
	valor de p	0,026		
	N	79	79	
Avaliação 3 - Dor	Correlação de Pearson	0,066	,372**	1
	valor de p	0,563	0,001	
	N	79	79	79

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na avaliação da dor foi ainda utilizado o Teste de Friedman, verificando-se que a dor não apresenta resultados estatisticamente diferentes ao longo do internamento (Tabela 63).

Tabela 63 – Teste de Friedman na avaliação da dor

Teste Friedman	
N	79
Chi-quadrado	1,38
df	2
valor de p	0,502

4. Discussão

O conhecimento da população de uma unidade de cuidados paliativos é fundamental para adequar a prestação dos cuidados, permitindo ainda projetar as necessidades futuras deste tipo de cuidados em específico.

Os relatórios de monitorização da RNCCI dos anos 2009 a 2012 permitem verificar que o género feminino representa a maioria dos utentes da RNCCI, contrariamente ao verificado na UCP da ULSNE (UMCCI 2009, 2010b, 2011, 2012). No que se refere ao grupo etário, os relatórios de monitorização da RNCCI, permitem aferir que o grupo etário predominante é o de doentes com mais de 65 anos, aproximando-se da média de idades de utentes internados na UCP (73,5 anos). (UMCCI, 2009, 2010c, 2011, 2012). De acordo com os dados já referidos sobre a média de idades dos doentes da UCP, consideram-se ajustados os dados relativos à situação profissional.

Relativamente aos dias de internamento, os relatórios de monitorização da RNCCI de 2009, 2010 e 2011, referem que a média de dias de internamento foi de 24,8, 34,4 e 30 dias respetivamente, sendo que a média verificada na UCP se encontra dentro destes intervalos (UMCCI, 2009, 2010c, 2011, 2012).

De encontro aos dados referidos sobre o estado civil dos doentes da UCP, a RNCCI refere que a maioria dos utentes são casados, seguindo-se também os viúvos e depois os solteiros (UMCCI, 2009, 2010c, 2011, 2012).

Segundo dados da RNCCI, no que se refere à escolaridade, grande parte dos indivíduos não possuem nível de escolaridade ou têm um a seis anos de escolaridade, tal como os doentes da UCP. O grupo menos representativo é similarmente o dos indivíduos com 13 ou mais anos de escolaridade (UMCCI, 2009, 2010c, 2011, 2012).

Maioritariamente a UCP presta cuidados e dá resposta às necessidades da população do distrito de Bragança, sobretudo sendo esta a única UCP do distrito. O concelho de Bragança é o mais populoso do distrito, pelo que concomitantemente é o concelho mais representativo no que se refere à origem dos doentes da UCP. De acordo com a RNCCI, a referenciação dos utentes é maioritariamente realizada por via hospitalar, anteriormente pelas Equipa de Gestão de Altas (EGA) e atualmente pela EIHS CP. Estes dados corroboram com o anteriormente descrito sobre a origem dos doentes da UCP (UMCCI, 2009, 2010c, 2011, 2012). Na mesma linha do referido aos concelhos de origem

dos doentes da UCP, reforça-se que maioritariamente a UCP presta cuidados e dá resposta às necessidades da população do distrito de Bragança, sobretudo sendo esta a única UCP do distrito. Assim, a ULSNE, que é constituída por três hospitais (Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela) e 15 centros de saúde, é a instituição hospitalar de origem mais representativa. Destaca-se que a representatividade das restantes instituições denotam a finalidade da proximidade de cuidados, que é fundamental para o doente e um dos princípios da RNCCI (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro de 2012).

Segundo a RNCCI, as causas de solicitação predominantes para as UCP são a dependência em AVD, ensino ao utente/cuidador informal e gestão do regime terapêutico. Concomitantemente, nos dados analisados da UCP destaca-se que as principais causas foram dependência em AVD (93,3%), gestão do regime terapêutico (77,1%) e o ensino ao utente/cuidador informal sobre regime terapêutico (73,3%) (UMCCI, 2009, 2010c, 2011, 2012).

No que se refere aos diagnósticos, destaca-se que 97,3% da amostra apresentava diagnóstico oncológico, permitindo aferir que o conceito de cuidados paliativos não é totalmente percebido pelos profissionais de saúde, uma vez que continuam a considerar a prestação de cuidados exclusivo de doentes oncológicos.

Verifica-se pequena percentagem de altas e uma elevada percentagem de óbitos, o que pode ocorrer por diversos fatores tais como referências tardias, falta de condições de regressar ao domicílio, entre outros. A referência tardia é também identificada nos relatórios de monitorização da RNCCI (UMCCI, 2009, 2010c, 2011, 2012).

O conhecimento do risco de queda é fundamental para melhor adequação dos cuidados aos doentes. Tendo em atenção a média de idade elevada dos doentes da UCP, consideram-se aceitáveis os dados adquiridos quanto ao risco de queda.

A prevalência do alto risco de úlceras de pressão denota que a maioria dos doentes da UCP eram totalmente dependente nas atividades de vida diária e com baixa capacidade de mobilidade. Tal como, no risco de queda, também o conhecimento da classificação do risco em cada doente é fulcral para a prestação de cuidados individualizados e adequados.

Analisando de um modo geral as três avaliações, exceto os sinais/sintomas acamando e coma que apresentam outro tipo de resposta, verifica-se que na primeira avaliação, sintomas com maior percentagem de resposta: controlado são a hemorragia (95,6%), oclusão (95,6%), convulsões com 98,7%. Por sua vez, dos sintomas cuja percentagem de resposta: não controlado era mais elevada, destaca-se a incontinência com 49,8%, dor (46,3%), angústia/depressão com 39,7% e a obstipação (31%).

Na segunda avaliação, a incontinência é o único sintoma predominantemente não controlado (52,5%). Os restantes sintomas apresentam uma percentagem de sintomas não controlados igual ou inferior a 30% (confusão/agitação), com o mínimo de 0% nas convulsões. A angústia/depressão é o sintoma com menor percentagem (63%) apresentada para o sintoma controlado, na terceira avaliação. Verifica-se que a percentagem máxima de sintoma controlado é 100% para as convulsões.

Considera-se muito importante o conhecimento do controlo ou não dos sinais/sintomas referidos anteriormente, de forma a serem prestados verdadeiramente cuidados paliativos, cuidados individualizados e adequados à situação física, social, psicológica e espiritual de cada doente e respetiva família.

A avaliação de sintomas de Edmonton é um instrumento primordial na prestação e para a prestação de cuidados paliativos. Assim, é imperativo para cada doente a realização desta avaliação, de forma a conseguir o controlo sintomático. A realização desta avaliação permite desde logo observar qual/quais os sintomas controlados ou não controlados em cada doente. Destaca-se ainda que esta escala foi apenas introduzida pela RNCCI no ano de 2011, pelo que na amostra não estão incluídos os doentes entre os anos 2009 e 2010.

De um modo geral, para a totalidade dos sintomas da escala de avaliação de sintomas de Edmonton, a maioria dos doentes apresentava-se apto a responder e apresentava classificação entre 0 a 5, o que permite aferir que os sintomas estavam ausentes, eram ligeiros ou moderados. A maior percentagem apresentada para o pior sintoma possível (classificação 10) é de 4,1%, que corresponde ao sintoma apetite na terceira avaliação. Dos 9 sintomas avaliados pela escala de avaliação de sintomas de Edmonton constata-se de um modo geral que os sintomas dor, náuseas e falta de ar são os que apresentam classificação mais baixa.

A monitorização dos sintomas permite avaliar os cuidados prestados, avaliar o doente e a evolução da própria doença. Possibilita ainda redefinir o plano de cuidados e antecipar os cuidados a possíveis complicações/fases de deterioração.

A avaliação da dor, para além de representada na avaliação de sintomas de Edmonton, tem também uma escala própria no Gestare CCI, o que denota a importância deste sintoma no doente paliativo. Numa escala de 0 a 5, verifica-se que a classificação 1, 2 e 3 são predominantes.

5. Conclusões

Ao longo dos anos a sociedade modificou o modo como encara a morte. Antigamente, as condições de vida e a esperança média de vida das populações eram baixas e a morte considerada como algo natural, mas com os avanços científicos e tecnológicos, melhoria das condições de vida e o aumento da esperança média de vida foram modificando essa conceção (Gonçalves, 2009).

Durante o século XX a medicina evoluiu de forma célere, melhorando as condições de vida da sociedade de forma inquestionável. Contudo, esses avanços têm um lado negativo devido ao seu uso desajustado ou exagerado, que põe em causa a qualidade de vida dos indivíduos (Gonçalves, 2009).

Twycross (2003, p. 16), considera que os cuidados paliativos são “cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e as suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida”. A multidisciplinariedade e interdisciplinaridade das equipas que prestam cuidados paliativos é uma aspeto fundamental para atingir o adequado controlo de sintomas dos pacientes em fim de vida (Alves, 2000).

Carlo e Queiroz (2008), consideram que é fundamental a avaliação primária dos sintomas, no entanto é categórica a continuidade da avaliação, de modo a iniciar a abordagem ao doente e conhecer a eficácia do tratamento. Os instrumentos de avaliação de sintomas ostentam diferentes benefícios e são uma ferramenta fundamental na avaliação de sintomas a todos os níveis e, conseqüentemente na obtenção de processos terapêuticos eficazes (Santos, 2011).

Para uma adequada avaliação do controlo de sintomas é imprescindível a formação da equipa multidisciplinar, em especial dos enfermeiros que são os profissionais que se encontram mais tempo junto do doente/família.

De acordo com a análise desenvolvida neste relatório final, verifica-se que a população da UCP é maioritariamente do género masculino, com média de idade de 73,5 anos, maioritariamente casados, reformados e sem nível de educação ou com 1 a 6 anos de escolaridade. Quanto ao concelho de origem verifica-se que o concelho de Bragança é o

mais representativo (23,7%) e que a proveniência dos doentes é predominantemente de origem hospitalar, em específico da ULSNE.

Relativamente às principais causas de solicitação de internamento na UCP, destaca-se a dependência em AVD, gestão do regime terapêutico e a necessidade de ensinamentos ao doente/cuidadores (regime terapêutico). Observando o diagnóstico dos utentes da UCP destaca-se que predominam as doenças do foro oncológico (97,3%) em detrimento das doenças de foro não oncológico (2,7%). Analisando, em particular as doenças do foro oncológico, verifica-se que as neoplasias mais prevalentes são as do foro gastrointestinal (28%).

A média de dias de internamento na UCP é de 32,5 dias, destacando-se que 83,7% dos utentes faleceram na respetiva unidade. Destaca-se assim que, a percentagem de altas é muito baixa comparativamente com os óbitos, indiciando referenciações tardias e presença de doença progressiva muito avançada quando o doente ingressa na UCP.

Analisando o risco de queda – Morse, verifica-se que o risco médio é o mais presente e, o elevado risco é o predominante no risco de úlceras de pressão – Braden. Observa-se que na escala cuidados paliativos, os sintomas apresentam-se predominantemente controlados nos três momentos de avaliação. Os sintomas com percentagem mais elevada de resposta, não controlado, são a incontinência, dor, angústia/depressão e a obstipação. Maioritariamente, nas avaliações efetuadas, os utentes são acamados e não se encontram em coma.

Na generalidade, para a totalidade dos sintomas da escala de avaliação de sintomas de Edmonton, a maioria dos utentes apresentava-se apto a responder à escala e apresentava classificação entre 0 a 5, o que permite aferir que os sintomas estavam ausentes, eram ligeiros ou moderados. O preenchimento da avaliação de sintomas de Edmonton permite visualizar de forma célere, para cada doente, quais os sintomas controlados e não controlados. A avaliação da dor tem especial importância, sendo considerada o quinto sinal vital, destacando-se que nos utentes da UCP predomina a presença da dor valorada em 2, nas três avaliações realizadas e numa escala de 0 a 5.

Assim, os objetivos do presente relatório final, caracterizar os registos efetuados em cuidados paliativos e analisar os registos efetuados aos doentes em cuidados paliativos, tendo como base dados existentes da UCP da ULSNE através do aplicativo de monitorização existente da RNCCI, no sexénio 2009 a 2014, foram atingidos. Verifica-se que na UCP são efetuados registos direcionados para os cuidados paliativos e controlo de sintomas.

Importa referir que ao longo da execução deste trabalho de investigação foram encontradas algumas limitações que em trabalhos futuros poderão vir a ser ultrapassadas. Relativamente aos dados analisados no aplicativo de monitorização da RNCCI, o GestcareCCI, apresenta algumas limitações estruturais e incongruências. No entanto, destaca-se que o número de utentes avaliados nas diferentes escalas abordadas reduz significativamente entre as três avaliações. Este fator deve-se ao elevado número de óbitos na UCP, referência tardia e, conseqüente internamento da UCP numa fase muito avançada da doença e, de nem todos os registos serem efetuados de acordo com as normativas da RNCCI.

Não é conhecido qualquer trabalho de investigação realizado nesta unidade e, apesar de todas as limitações apresentadas, a compilação, num único trabalho de investigação, de dados estatísticos sobre a caracterização da população da UCP e dados sobre controlo de sintomas dos utentes constitui-se como uma mais-valia para o conhecimento da realidade da população-alvo e melhoria da prestação de cuidados paliativos.

LISTA DE REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2015). Recuperado de <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/INSTALAÇÃOESEEQUIPAMENTOS/DepartamentoGestãoRedeServiçoRecursosemSaúde/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>
- Alves, A.C. (2000). Qual o local privilegiado para a prestação de cuidados a doentes terminais – o domicílio. *Cuidados Paliativos: Dossier Sinais Vitais 4*. Coimbra: Edições Formasau Formação e Saúde, Lda.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2006). *Organização de serviços em cuidados paliativos: recomendações da ANCP*. Portugal.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2006a). *Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos: recomendações da APCP*. Portugal.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2006b). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: recomendações da APCP*. Portugal.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2015). Recuperado em <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) (2015). Recuperado em <http://www.aped-dor.org/>
- Bausewein, C., Daveson, B.A., Benalia, H., Simon, S.T. & Higginson, I.J. (2011). *Medição de Resultados em Cuidados Paliativos: aspetos essenciais*. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, Lda.
- Botelho, F; Silva, C.; Cruz, F. (2009). Epidemiologia aplicada – análise de sobrevivência. *Acta Urológica*, 26 (4), 33-38. Portugal.
- Capelas, M.L., Silva, S.C.F.S., Alvarenga, M.I.S.F. & Coelho, S.P. (2014). Desenvolvimento Histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. *Revista Cuidados Paliativos*, 1(2). Portugal: Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.
- Carlo, M. M. R., & Queiroz, M. E. G. (2008). *Dor e cuidados paliativos – terapia ocupacional e interdisciplinaridade*. São Paulo: Editora Roca.

- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J. & Paiva, M.L.M, (2010). *Pain Proposal: A Dor Crónica em Portugal*. Portugal.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho de 2006* (2006). Dispõe sobre a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Portugal: Diário da República, 109 (1A), 3856-3865.
- Dicionário da Língua Portuguesa com acordo ortográfico (2015). Recuperado de: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/Avaliar>
- Dickam, A., (2012). *Drugs in Palliative Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2003). *Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2010). *Orientação da Direção Geral de Saúde nº 017/2011 de 19/05/2011*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2011). *Orientação da Direção Geral de Saúde nº 015/2010 de 14/12/2010*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Diretiva Técnica nº 1, de 03 de março de 2010* (2010). Dispões sobre módulos de preenchimento obrigatório. Portugal: UMCCI.
- Diretiva Técnica nº 3, de 14 de junho de 2011* (2011). Dispões sobre os cuidados paliativos/registos na plataforma da RNCCI. Portugal: UMCCI.
- Fortin, M.F.; Côté, J.; Filion, F. (2010). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gestare CCI (2015). Recuperado de <https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?action=Login&module=Users>
- Gonçalves, J. A. S.F. (2009). *A Boa-Morte, ética no fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Guarda, H. (2006). *Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Lei nº 25/2012, de 16 de julho de 2012* (2012). Dispõe sobre o Registo Nacional do Testamento Vital. Portugal: Diário da República 136 (1), 3728-3730.
- Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro de 2012* (2012). Dispõe sobre a Lei de Bases de Cuidados Paliativos. Portugal: Diário da República 172 (1), 5119-5124.
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Navalhas, J.C. (2000). Qual o local privilegiado para a prestação de cuidados a doentes terminais – uma perspetiva global. *Cuidados Paliativos: Dossier Sinais Vitais 4*. Coimbra: Edições Formasau Formação e Saúde, Lda.
- Neto, I. (2000). Cuidados paliativos: Qual a realidade portuguesa? *Cuidados Paliativos: Dossier Sinais Vitais 4*. Coimbra: Edições Formasau Formação e Saúde, Lda.
- Onrubia, M. 2000. Controlo de sintomas na fase terminal: aspetos de enfermagem a nível respiratório. *Cuidados Paliativos: Dossier Sinais Vitais*. Coimbra: Edições Formasau Formação e Saúde, Lda.
- Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Palliative Care Outcome Scale (POS) (2015). Recuperado de <http://pos-pal.org/>
- Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- Portaria nº 96/2014 de 5 de maio de 2014* (2014). Dispões sobre o Registo Nacional do Testamento Vital. Portugal: Diário da República 85 (1), 2637-2639.
- Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros* (2011). Dispõe sobre o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Portugal: Diário da República 35 (2), 8648-8653.
- Rosado, R. 2000. Controlo de sintomas na fase terminal: aspetos de enfermagem a nível gastrointestinal. *Cuidados Paliativos: Dossier Sinais Vitais*. Coimbra: Edições Formasau Formação e Saúde, Lda.
- Santos, F.S. (2011). *Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Santana, P. (2000). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science & Medicine*, 50, 1025-1036. Portugal: Pergamon.

Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2015). Recuperado de <http://www.secpal.com/>

Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos [SFAP] (1999). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos – cuidar: ética e práticas*. Loures: Lusociência.

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2009). *Resumo executivo do relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2008*. Recuperado em 09 de agosto de 2010 de <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2010a). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 – 2013*. Lisboa.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2010b). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2010c). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009*. Recuperado em 10 de janeiro de 2012 de <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2011). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2010*. Recuperado em 10 de novembro de 2011 de <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2012). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2011*. Recuperado em 28 de julho de 2012 de <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>

World Health Organization [WHO] (2014). *WHO Definition of Palliative Care*. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

ANEXOS

Anexo I – Escala doloplus – Avaliação comportamental da dor na pessoa idosa

ESCALA DOLOPLUS AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA						
APELIDO:..... NOME PRÓPRIO:					DATAS	
SERVIÇO:						
Observação Comportamental						
REPERCUSSÃO SOMÁTICA						
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas		0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação		1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais		2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas		3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica		0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional		1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz		2	2	2	2
	. posição antálgica permanente ineficaz		3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção		0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados		1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados		2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação		3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual		0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação		1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação		2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)		3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual		0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer		1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)		2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar		3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA						
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas		0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)		1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais		2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa		3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas		0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)		1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)		2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição		3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOSSOCIAL						
8. Comunicação	. sem alteração		0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)		1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)		2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação		3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)		0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação		1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades		2	2	2	2
	. recusa de qualquer tipo de vida social		3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual		0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas		1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes		2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)		3	3	3	3
COPYRIGHT			PONTUAÇÃO			

ADAPTAÇÃO CULTURAL E LINGÜÍSTICA, tese de mestrado em CUIDADOS PALIATIVOS, Faculdade de Medicina de Lisboa, Fevereiro 2006, Helderina Guarda

**Anexo II – Edmonton symptoms assesment system – ESAS / escala de
avaliação de sintomas de Edmonton**

Nome utente: _____

Utente apto a preencher avaliação? _____

Numa avaliação de 0 a 10 colocar uma cruz no nº que melhor traduz o sintoma a avaliar.

Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem náuseas/enjoo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de náuseas/enjoo possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de ansiedade possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de sonolência possível
Muito apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem qualquer apetite possível
Melhor sensação de bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de falta de ar possível
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____

Anexo III – Palliative Care Outcome Scale (POS)

Escala de Resultados de Cuidados Paliativos QUESTIONÁRIO AO DOENTE (versão 1)



www.pos-pal.org

Nome do/a doente:

Data da avaliação:

Data de nascimento:

Avaliação n.º:

Local dos cuidados:

Por favor, responda às seguintes perguntas, escolhendo o quadrado ao lado da resposta que é mais verdadeira para si. As suas respostas ajudar-nos-ão a continuar a melhorar os cuidados prestados a si e a outros. Obrigado.

- 1 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, as dores afectaram-no/na? Assinale apenas um quadrado.
 - 0 Não teve dores ou não me afectaram nada
 - 1 Ligeiramente – mas não o suficiente para as esquecer
 - 2 Moderadamente – as dores limitaram alguma da minha actividade
 - 3 Bastante – a minha actividade ou a concentração foram muito afectadas
 - 4 Horripelmente – Incapaz de pensar em qualquer outra coisa

- 2 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, sentiu-se afectado/a por outros sintomas ou queixas, por exemplo, enjoos, foses ou prisão de ventre? Assinale apenas um quadrado.
 - 0 Não, não tive ou me afectaram nada
 - 1 Ligeiramente
 - 2 Moderadamente
 - 3 Bastante
 - 4 Horripelmente

- 3 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, sentiu-se ansioso/a ou preocupado/a com a sua doença ou com o tratamento? Assinale apenas um quadrado.
 - 0 Não, nada
 - 1 De vez em quando
 - 2 Às vezes – afecta a minha concentração de vez em quando
 - 3 A maior parte das vezes – afecta frequentemente a minha concentração
 - 4 Não consigo pensar em mais nada - constantemente preocupado/a e ansioso/a

- 4 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, algum dos seus familiares ou amigos andou ansioso/a ou preocupado/a consigo? Assinale apenas um quadrado.
 - 0 Não, nada
 - 1 De vez em quando
 - 2 Às vezes – parece afectar a concentração deles
 - 3 A maior parte das vezes
 - 4 Sim, sempre preocupados comigo

- 5 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, que quantidade de informação foi dada a si e à sua família ou aos seus amigos? Assinale apenas um quadrado.
 - 0 Muita informação – estive sempre à vontade para perguntar o que quis
 - 1 Deram informações mas de difícil compreensão
 - 2 Deram-me informações quando eu pedia mas gostaria de ter tido mais
 - 3 Deram poucas informações e fugiram a algumas perguntas
 - 4 Nenhuma

- 6 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, conseguiu partilhar com a sua família ou amigos o modo como se sentia? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Sim, tanto quanto quis
- 1 A maior parte das vezes
- 2 Às vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada com ninguém
- 7 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS sentiu que a vida era importante? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Sim, sempre
- 1 A maior parte das vezes
- 2 Às vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada
- 8 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, sentiu-se bem consigo como pessoa? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Sim, sempre
- 1 A maior parte das vezes
- 2 Às vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada
- 9 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, quanto tempo acha que perdeu com as consultas relacionadas com os seus cuidados de saúde, por exemplo, à espera de transporte ou a repetir testes? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Nenhum
- 2 Quase meio dia gasto
- 4 Mais de meio dia gasto
- 10 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, teve alguns problemas práticos, financeiros ou pessoais, resultantes da sua doença? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Os meus problemas práticos foram resolvidos e os meus assuntos estão em dia como eu desejaria
- 2 Tive alguns problemas práticos que estão a ser resolvidos
- 4 Tive alguns problemas práticos que não foram resolvidos
- 6 Não tive problemas práticos
- 11 Se teve problemas NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, indique os mais importantes.
1.
2.
- 12 Como respondeu a este questionário? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Sozinho/a
- 1 Com a ajuda de um amigo ou familiar
- 2 Com a ajuda de um membro do pessoal

Escala de Resultados de Cuidados Paliativos QUESTIONÁRIO AO DOENTE (versão 2)



www.pos-pal.org

Nome do/a doente:

Data da avaliação:

Data de nascimento:

Avaliação nº:

Local dos cuidados:

Por favor, responda às seguintes perguntas, escolhendo o quadrado ao lado da resposta que é mais verdadeira para si. As suas respostas ajudar-nos-ão a continuar a melhorar os cuidados prestados a si e a outros. Obrigado.

- 1 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, as dores afectaram-no/na? Assinale apenas um quadrado.
 - 0 Não tive dores ou não me afectaram nada
 - 1 Ligeiramente – mas não o suficiente para as esquecer
 - 2 Moderadamente – as dores limitaram alguma da minha actividade
 - 3 Bastante – a minha actividade ou a concentração foram muito afectadas
 - 4 Horivelmente – Incapaz de pensar em qualquer outra coisa

- 2 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, sentiu-se afectado/a por outros sintomas ou queixas, por exemplo, enjoos, tosse ou prisão de ventre? Assinale apenas um quadrado.
 - 0 Não, não tive ou me afectaram nada
 - 1 Ligeiramente
 - 2 Moderadamente
 - 3 Bastante
 - 4 Horivelmente

- 3 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, sentiu-se ansioso/a ou preocupado/a com a sua doença ou com o tratamento? Assinale apenas um quadrado.
 - 0 Não, nada
 - 1 De vez em quando
 - 2 As vezes – afecta a minha concentração de vez em quando
 - 3 A maior parte das vezes – afecta frequentemente a minha concentração
 - 4 Não consigo pensar em mais nada - constantemente preocupado/a e ansioso/a

- 4 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, algum dos seus familiares ou amigos andou ansioso/a ou preocupado/a consigo? Assinale apenas um quadrado.
 - 0 Não, nada
 - 1 De vez em quando
 - 2 As vezes – parece afectar a concentração deles
 - 3 A maior parte das vezes
 - 4 Sim, sempre preocupados comigo

- 5 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, que quantidade de Informação foi dada a si e à sua família ou aos seus amigos? Assinale apenas um quadrado.
 - 0 Muita Informação – estive sempre à vontade para perguntar o que quis
 - 1 Deram informações mas de difícil compreensão
 - 2 Deram-me informações quando eu pedia mas gostaria de ter tido mais
 - 3 Deram poucas informações e fugiram a algumas perguntas
 - 4 Nenhuma

- 6 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, conseguiu partilhar com a sua família ou amigos o modo como se sentia? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Sim, tanto quanto quis
- 1 A maior parte das vezes
- 2 As vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada com ninguém
- 7 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS sentiu-se deprimido/a? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Não, nada
- 1 De vez em quando
- 2 As vezes
- 3 A maior parte das vezes
- 4 Sim, sempre
- 8 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, sentiu-se bem consigo como pessoa? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Sim, sempre
- 1 A maior parte das vezes
- 2 As vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada
- 9 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, quanto tempo acha que perdeu com as consultas relacionadas com os seus cuidados de saúde, por exemplo, à espera de transporte ou a repetir testes? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Nenhum
- 2 Quase meio dia gasto
- 4 Mais de meio dia gasto
- 10 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, teve alguns problemas práticos, financeiros ou pessoais, resultantes da sua doença? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Os meus problemas práticos foram resolvidos e os meus assuntos estão em dia como eu desejaria
- 2 Tive alguns problemas práticos que estão a ser resolvidos
- 4 Tive alguns problemas práticos que não foram resolvidos
- 0 Não tive problemas práticos
- 11 Se teve problemas NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, indique os mais importantes.
1.
2.
- 12 Como respondeu a este questionário? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Sozinho/a
- 1 Com a ajuda de um amigo ou familiar
- 2 Com a ajuda de um membro do pessoal

Escala de Resultados de Cuidados Paliativos QUESTIONÁRIO STAFF (versão 1)



www.pos-pal.org

Nome do/a doente:

Data da avaliação:

Avaliado/a por:

Avaliação n.º:

Local dos cuidados:

Por favor, responda às seguintes perguntas, escolhendo apenas um quadrado ao lado da resposta que lhe parece ser mais verdadeira para a condição do/a doente. Obrigado.

- 1 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que as dores afetaram o/a doente?
 - 0 Não teve dores ou não o/a afectaram nada
 - 1 Ligeiramente – mas não o suficiente para as esquecer
 - 2 Moderadamente – as dores limitaram alguma actividade
 - 3 Bastante – a actividade ou a concentração foram muito afectadas
 - 4 Horivelmente – Incapaz de pensar em qualquer outra coisa

- 2 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que o/a doente se sentiu afetado/a por outros sintomas ou queixas, por exemplo, enjoos, tosse ou prisão de ventre?
 - 0 Não, não teve ou não o/a afectaram nada
 - 1 Ligeiramente
 - 2 Moderadamente
 - 3 Bastante
 - 4 Horivelmente

- 3 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que o/a doente se sentiu afetado/a ansioso/a ou preocupado/a com a sua doença ou com o tratamento?
 - 0 Não, nada
 - 1 De vez em quando
 - 2 As vezes – afecta a concentração de vez em quando
 - 3 A maior parte das vezes – afecta frequentemente a concentração
 - 4 Não consegue pensar em mais nada - constantemente preocupado/a e ansioso/a

- 4 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que algum dos familiares ou amigos andou ansioso/a ou preocupado/a com o/a doente?
 - 0 Não, nada
 - 1 De vez em quando
 - 2 As vezes – parece afectar a concentração deles
 - 3 A maior parte das vezes
 - 4 Sim, sempre preocupados

- 5 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, que quantidade de informação foi dada ao/a doente e sua família ou aos seus amigos?
 - 0 Muita informação – estiveram sempre à vontade para perguntar o que queriam
 - 1 Foi dada informação mas de difícil compreensão
 - 2 Foi dada informação quando eu pediram mas gostariam de ter tido mais
 - 3 Foi dada pouca informação e algumas perguntas não foram respondidas
 - 4 Nenhuma

- 6 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que o/a doente conseguiu partilhar com a sua família ou amigos o modo como se sentia?
- 0 Sim, tanto quanto quis
- 1 A maior parte das vezes
- 2 Às vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada com ninguém
- 7 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS acha que o/a doente sentiu que a vida era importante?
- 0 Sim, sempre
- 1 A maior parte das vezes
- 2 Às vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada
- 8 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que o/a doente sentiu-se bem consigo como pessoa?
- 0 Sim, sempre
- 1 A maior parte das vezes
- 2 Às vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada
- 9 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, quanto tempo acha que o/a perdeu com as consultas relacionadas com os seus cuidados de saúde, por exemplo, à espera de transporte ou a repetir testes?
- 0 Nenhum
- 2 Quase meio dia gasto
- 4 Mais de meio dia gasto
- 10 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que o/a doente teve alguns problemas práticos, financeiros ou pessoais, resultantes da sua doença? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Os problemas práticos foram resolvidos e os assuntos estão em dia como o/a doente desejaria
- 2 Teve alguns problemas práticos que estão a ser resolvidos
- 4 Teve alguns problemas práticos que não foram resolvidos
- 0 Não teve problemas práticos
- 11 Se acha que o/a doente teve problemas NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, indique os mais importantes.
1.
2.

Escala de Resultados de Cuidados Paliativos QUESTIONÁRIO STAFF (versão 2)



www.pos-pal.org

Nome do/a doente:

Data da avaliação:

Avaliado/a por:

Avaliação n°:

Local dos cuidados:

Por favor, responda às seguintes perguntas, escolhendo apenas um quadrado ao lado da resposta que lhe parece ser mais verdadeira para a condição do/a doente. Obrigado.

- 1 **NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que as dores afetaram o/a doente?**
 - 0 Não teve dores ou não o/a afectaram nada
 - 1 Ligeiramente – mas não o suficiente para as esquecer
 - 2 Moderadamente – as dores limitaram alguma actividade
 - 3 Bastante – a actividade ou a concentração foram muito afectadas
 - 4 Horivelmente – incapaz de pensar em qualquer outra coisa

- 2 **NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que o/a doente se sentiu afetado/a por outros sintomas ou queixas, por exemplo, enjoos, tosse ou prisão de ventre?**
 - 0 Não, não teve ou não o/a afectaram nada
 - 1 Ligeiramente
 - 2 Moderadamente
 - 3 Bastante
 - 4 Horivelmente

- 3 **NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que o/a doente se sentiu afetado/a ansioso/a ou preocupado/a com a sua doença ou com o tratamento?**
 - 0 Não, nada
 - 1 De vez em quando
 - 2 Às vezes – afecta a concentração de vez em quando
 - 3 A maior parte das vezes – afecta frequentemente a concentração
 - 4 Não consegue pensar em mais nada - constantemente preocupado/a e ansioso/a

- 4 **NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que algum dos familiares ou amigos andou ansioso/a ou preocupado/a com o/a doente?**
 - 0 Não, nada
 - 1 De vez em quando
 - 2 Às vezes – parece afectar a concentração deles
 - 3 A maior parte das vezes
 - 4 Sim, sempre preocupados

- 5 **NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, que quantidade de informação foi dada ao/a doente e sua família ou aos seus amigos?**
 - 0 Muita informação – estiveram sempre à vontade para perguntar o que queriam
 - 1 Foi dada informação mas de difícil compreensão
 - 2 Foi dada informação quando eu pediram mas gostariam de ter tido mais
 - 3 Foi dada pouca informação e algumas perguntas não foram respondidas
 - 4 Nenhuma

- 6 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que o/a doente conseguiu partilhar com a sua família ou amigos o modo como se sentia?
- 0 Sim, tanto quanto quis
- 1 A maior parte das vezes
- 2 Às vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada com ninguém
- 7 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS acha que o/a doente se sentiu deprimido/a?
- 0 Não, nada
- 1 De vez em quando
- 2 Às vezes
- 3 A maior parte das vezes
- 4 Sim, sempre
- 8 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que o/a doente sentiu-se bem consigo como pessoa?
- 0 Sim, sempre
- 1 A maior parte das vezes
- 2 Às vezes
- 3 De vez em quando
- 4 Não, nada
- 9 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, quanto tempo acha que o/a perdeu com as consultas relacionadas com os seus cuidados de saúde, por exemplo, à espera de transporte ou a repetir testes?
- 0 Nenhum
- 2 Quase meio dia gasto
- 4 Mais de meio dia gasto
- 10 NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, acha que o/a doente teve alguns problemas práticos, financeiros ou pessoais, resultantes da sua doença? Assinale apenas um quadrado.
- 0 Os problemas práticos foram resolvidos e os assuntos estão em dia como o/a doente desejaria
- 2 Teve alguns problemas práticos que estão a ser resolvidos
- 4 Teve alguns problemas práticos que não foram resolvidos
- 6 Não teve problemas práticos
- 11 Se acha que o/a doente teve problemas NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, indique os mais importantes.
1.
2.

Anexo IV – Palliative Care Outcome Scale – Symptoms (POS-S)

Escala de Sintomas de Cuidados Paliativos QUESTIONÁRIO AO DOENTE POS-S



www.pos-pal.org

Nome do/a doente:

Data da avaliação:

Data de nascimento:

Avaliação n.º:

Local dos cuidados:

Abaixo está uma lista de sintomas que pode ou não ter sentido. Por favor coloque uma cruz (X) sobre o número correspondente para assinalar até que ponto cada um destes sintomas tem afectado a forma como se tem sentido nos últimos três dias.

	Nada Sem efeito	Ligeiramente Mas sem incomodar a ponto de se livrar dele	Moderadamente Limita alguma actividade ou concentração	Fortemente Actividade ou concentração marcadamente afectadas	Insuportável Impossível pensar noutra coisa
Dor	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Falta de ar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Fadiga ou falta de energia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Náuseas, como se fosse vomitar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Vómitos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Falta de apetite	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Prisão de ventre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Problemas na boca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Sonolência	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Imobilidade	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Outros sintomas:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Escala de Sintomas de Cuidados Paliativos QUESTIONÁRIO STAFF POS-S



www.pos-pal.org

Nome do/a doente:

Data da avaliação:

Preenchido por:

Avaliação nº:

Local dos cuidados:

Abaixo está uma lista de sintomas que o/a doente pode ou não ter sentido. Por favor coloque uma cruz (X) sobre o número correspondente para assinalar até que ponto acha que cada um destes sintomas tem afectado a forma como o/a doente se tem sentido nos últimos três dias.

	Nada Sem efeito	Ligeiramente Mas sem incomodar a ponto de se livrar dele	Moderadamente Limita alguma actividade ou concentração	Fortemente Actividade ou concentração marcadamente afectadas	Insuportável Impossível pensar noutra coisa
Dor	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Falta de ar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Fadiga ou falta de energia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Náuseas, como se fosse vomitar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Vómitos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Falta de apetite	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Prisão de ventre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Problemas na boca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Sonolência	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Imobilidade	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Outros sintomas:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Anexo V–Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS)

IPOS Patient Version



www.pos-pal.org

Patient name :

Date (dd/mm/yyyy) :

Patient number : (for staff use)

Q1. What have been your main problems or concerns over the past 3 days?

- 1.
- 2.
- 3.

Q2. Below is a list of symptoms, which you may or may not have experienced. For each symptom, please tick one box that best describes how it has affected you over the past 3 days.

	Not at all	Slightly	Moderately	Severely	Over-whelmingly
Pain	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Shortness of breath	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Weakness or lack of energy	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nausea (feeling like you are going to be sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vomiting (being sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poor appetite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Constipation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sore or dry mouth	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Drowsiness	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poor mobility	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Please list any <u>other</u> symptoms not mentioned above, and tick <u>one box</u> to show how they have <u>affected you over the past 3 days</u>.					
1.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Over the past 3 days:

	<i>Not at all</i>	<i>Occasionally</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Always</i>
Q3. Have you been feeling anxious or worried about your illness or treatment?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q4. Have any of your family or friends been anxious or worried about you?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q5. Have you been feeling depressed?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	<i>Always</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Occasionally</i>	<i>Not at all</i>
Q6. Have you felt at peace?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q7. Have you been able to share how you are feeling with your family or friends as much as you wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q8. Have you had as much information as you wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	<i>Problems addressed/ No problems</i>	<i>Problems mostly addressed</i>	<i>Problems partly addressed</i>	<i>Problems hardly addressed</i>	<i>Problems not addressed</i>
Q9. Have any practical problems resulting from your illness been addressed? (such as financial or personal)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	<i>On my own</i>	<i>With help from a friend or relative</i>			<i>With help from a member of staff</i>
Q10. How did you complete this questionnaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

If you are worried about any of the issues raised on this questionnaire then please speak to your doctor or nurse

IPOS Patient Version



www.pos-pal.org

Patient name :

Date (dd/mm/yyyy) :

Patient number : (for staff use)

Q1. What have been your main problems or concerns over the past week?

1.
2.
3.

Q2. Below is a list of symptoms, which you may or may not have experienced. For each symptom, please tick one box that best describes how it has affected you over the past week.

	Not at all	Slightly	Moderately	Severely	Over-whelmingly
Pain	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Shortness of breath	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Weakness or lack of energy	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nausea (feeling like you are going to be sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vomiting (being sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poor appetite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Constipation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sore or dry mouth	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Drowsiness	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poor mobility	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Please list any <u>other</u> symptoms not mentioned above, and tick <u>one box</u> to show how they have <u>affected you over the past week</u> .					
1.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Over the past week:

	<i>Not at all</i>	<i>Occasionally</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Always</i>
Q3. Have you been feeling anxious or worried about your illness or treatment?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q4. Have any of your family or friends been anxious or worried about you?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q5. Have you been feeling depressed?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	<i>Always</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Occasionally</i>	<i>Not at all</i>
Q6. Have you felt at peace?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q7. Have you been able to share how you are feeling with your family or friends as much as you wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q8. Have you had as much information as you wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	<i>Problems addressed/ No problems</i>	<i>Problems mostly addressed</i>	<i>Problems partly addressed</i>	<i>Problems hardly addressed</i>	<i>Problems not addressed</i>
Q9. Have any practical problems resulting from your illness been addressed? (such as financial or personal)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	<i>On my own</i>	<i>With help from a friend or relative</i>			<i>With help from a member of staff</i>
Q10. How did you complete this questionnaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

If you are worried about any of the issues raised on this questionnaire then please speak to your doctor or nurse

IPOS Staff Version



www.pos-pal.org

Patient name :

Patient number :

Date (dd/mm/yyyy) :

Q1. What have been the patient's main problems or concerns over the past 3 days?

1.

2.

3.

Q2. Please tick one box that best describes how the patient has been affected by each of the following symptoms over the past 3 days?

	Not at all	Slightly	Moderately	Severely	Over-whelmingly	Cannot assess (e.g. unconscious)
Pain	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shortness of breath	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weakness or lack of energy	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea (feeling like you are going to be sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomiting (being sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poor appetite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sore or dry mouth	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drowsiness	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poor mobility	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Please list any <u>other</u> symptoms and tick <u>one box</u> to show how you feel each of these symptoms has <u>affected</u> the patient <u>over the past 3 days</u> .						
1.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Over the past 3 days:

	<i>Not at all</i>	<i>Occasionally</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Always</i>	<i>Cannot assess (e.g. unconscious)</i>
Q3. Has s/he been feeling worried about his/her illness or treatment?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4. Have any of his/her family or friends been anxious or worried about the patient?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5. Do you think s/he felt depressed?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Always</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Occasionally</i>	<i>Not at all</i>	<i>Cannot assess (e.g. unconscious)</i>
Q6. Do you think s/he has felt at peace?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7. Has the patient been able to share how s/he is feeling with his/her family or friends as much as s/he wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8. Has the patient had as much information s/he wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Problems addressed/ No problems</i>	<i>Problems mostly addressed</i>	<i>Problems partly addressed</i>	<i>Problems hardly addressed</i>	<i>Problems not addressed</i>	<i>Cannot assess (e.g. unconscious)</i>
Q9. Have any practical problems resulting from his/her illness been addressed? (such as financial or personal)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IPOS Staff Version



www.pos-pal.org

Patient name :

Patient number :

Date (dd/mm/yyyy) :

Q1. What have been the patient's main problems or concerns over the past week?

1.

2.

3.

Q2. Please tick one box that best describes how the patient has been affected by each of the following symptoms over the past week?

	Not at all	Slightly	Moderately	Severely	Over-whelmingly	Cannot assess (e.g. unconscious)
Pain	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shortness of breath	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weakness or lack of energy	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea (feeling like you are going to be sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomiting (being sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poor appetite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sore or dry mouth	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drowsiness	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poor mobility	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Please list any <u>other</u> symptoms and tick <u>one box</u> to show how you feel each of these symptoms has <u>affected</u> the patient <u>over the past week</u> .						
1.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Over the past week:

	<i>Not at all</i>	<i>Occasionally</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Always</i>	<i>Cannot assess (e.g. unconscious)</i>
Q3. Has s/he been feeling worried about his/her illness or treatment?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4. Have any of his/her family or friends been anxious or worried about the patient?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5. Do you think s/he felt depressed?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Always</i>	<i>Most of the time</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Occasionally</i>	<i>Not at all</i>	<i>Cannot assess (e.g. unconscious)</i>
Q6. Do you think s/he has felt at peace?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7. Has the patient been able to share how s/he is feeling with his/her family or friends as much as s/he wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8. Has the patient had as much information s/he wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Problems addressed/ No problems</i>	<i>Problems mostly addressed</i>	<i>Problems partly addressed</i>	<i>Problems hardly addressed</i>	<i>Problems not addressed</i>	<i>Cannot assess (e.g. unconscious)</i>
Q9. Have any practical problems resulting from his/her illness been addressed? (such as financial or personal)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anexo VI – Parecer da comissão de ética da ULSNE sobre pedido de
autorização para efetuar colheita de dados**



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
Praça Cavaleiro Ferreira
5031-862 BRAGANÇA

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA

ESSV 0557 16-JUN-2014

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante Ana Isabel Rodrigues Gonçalves, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estão a realizar um estudo subordinado ao tema "*Análise do controlo de sintomas dos utentes da Unidade de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Nordeste*", cujo principal objetivo é avaliar as características e o controlo de sintomas dos utentes da Unidade de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE..

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados dos utentes admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos da Unidade Local do Nordeste nos anos de 2009 a 2013.

Em anexo, enviamos um exemplar do Projeto de Investigação.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Maria da Conceição Martins é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

CM/NC

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-043 Viseu, PORTUGAL
Fax. +351 232 428 343

E-mail essvgeral@essv.ipv.pt

Web. www.essv.ipv.pt

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto



Exmo. Sr.
Presidente da Escola Superior de Viseu
Professor Doutor Carlos Pereira
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, 102
3500 – 843 VISEU

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		PE, CE/AE	25/06/2014

Assunto: Parecer da Comissão Ética
Reunião dia 18/06/2014

A Comissão de Ética da ULS Nordeste EPE, na sequência do pedido apresentado para a recolha de dados dos utentes admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos da ULSNE, nos anos de 2009 a 2013, informa V. Ex.^a que do ponto de vista ético nada tem a opor.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da ULSNE, EPE

Presidente da Comissão de Ética
da ULSNE
Dra. Joaquina Baltazar

nada a
opar do
Parto de unho
ético.

Jaquina
Baltaz

18-6-14.

