

# Identificação de Doentes Internados num Serviço de Medicina Interna com Necessidade de Cuidados Paliativos

## *Identification of Patients Admitted in an Internal Medicine Ward with Palliative Care Needs*

Olimpia Martins<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-1635-878X>)

### Resumo:

**Introdução:** A Medicina Paliativa encontra-se em clara expansão em Portugal, mas até agora a existência deste tipo de cuidados não tem sido feita de forma estruturada. A hospitalização da população com doenças crónicas, em fase avançada, progressivas e debilitantes, implica aumento de gastos, se esses doentes não forem identificados como paliativos e devidamente referenciados. Este estudo quantifica e analisa os doentes com necessidade de Cuidados Paliativos (CP) internados num serviço de Medicina Interna (MI), comparando-os com um grupo que necessita de observação clínica e outro sem indicação para CP.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, com análise de doentes com idade  $\geq 60$  anos, num período de três meses. Aplicada a escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST), com o intuito de identificar os potenciais candidatos a CP (score  $\geq 4$ ).

**Resultados:** Dos 328 doentes admitidos, 288 (88%) apresentavam critérios de inclusão. Destes, 54% apresentaram score  $\geq 4$  pontos na escala PCST (enquadráveis em CP). Neste grupo, a média de idade foi de 82 anos; 54% do género feminino e 46% do masculino. A mediana de internamento foi de 11 dias. As principais comorbilidades foram quadros demenciais em 47%, acidente vascular cerebral em 45%, e doença renal crónica em 39%. O reconhecimento de problemas psicológicos ou espirituais não foi documentado. A taxa de mortalidade foi de 31%, e apenas um doente foi transferido para Unidade de CP.

**Conclusão:** Este estudo ilustra, de forma objectiva, a elevada taxa de doentes a requerer cuidados paliativos em hospital de agudos, a importância da formação específica dos internistas, da investigação nesta área e utilização de instrumentos que permitam identificar este grupo de doentes.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Doentes Internados; Inquéritos e Questionários; Medicina Interna

### Abstract:

**Introduction:** Palliative Medicine is a growing area in Portugal, but until now the existence of such care has not been done in a structured way. The ageing population and the increasing in chronic diseases prevalence in advanced stage, progressive and debilitating diseases, provides increasingly demand of health care services and hospitalization, implying increased spending if such patients are not identified as palliative. The present study aims to assess the need for Palliative Care (PC) in patients hospitalized in an internal medicine department.

**Methodology:** A retrospective and observational study is presented, including patients aged  $\geq 60$  years, for a period of three months. It was applied the *Palliative Care Screening Tool* scale (PCST) in order to identify the potential candidates for Palliative Care (score  $\geq 4$ ).

**Results:** Three hundred and twenty-eight patients were admitted, but only 288 (88%) were evaluated and 54% of them presented score  $\geq 4$  points at PCST scale, eligible for PC. In this group, the average age was 82 years; 54% women and 46% men. Admission median was 11 days. The main comorbidities were dementia in 47%, stroke in 45% and chronic kidney disease in 39%. The appreciation of psychological problems was not recognized. The mortality rate was 31% and only one patient was admitted in PC unit.

**Conclusion:** This study testifies that PC patients are hospitalized in Internal Medicine Services, and it also shows the importance of specific training of internists as well as research in this particular area and the use of specific scales with the potential to identify these patients.

**Keywords:** Internal Medicine; Palliative Care; Surveys and Questionnaires.

### Introdução

A evolução tecnológica e das ciências médicas, a melhoria das condições sanitárias e socio económicas, a criação e implementação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que determinou a melhoria da assistência médica, conduziram ao aumento da longevidade.

Neste contexto progressivo de envelhecimento da população, a prevalência crescente de doentes com patologias

<sup>1</sup>Serviço de Medicina, CHTS- Hospital de S. Gonçalo, Amarante, Portugal

<https://revista.spmi.pt> – DOI: 10.24950/O/265/19/2/2020

crónicas, avançadas, progressivas e debilitantes, o aumento das comorbilidades e do número de casos de cancro, provocam o aumento da dependência e carência de cuidados. Este quadro cursa frequentemente com a necessidade de recursos médicos nomeadamente em ambiente hospitalar.<sup>1-3</sup> Actualmente, os doentes são mais complexos, têm mais patologias crónicas não curáveis e vivem mais tempo,<sup>4</sup> o que não significa que vivam e morram melhor. O prolongamento da vida em muitos destes doentes cursa com um aumento significativo do sofrimento. Pela limitação da capacidade familiar em cuidar dos doentes com elevado grau de dependência, os idosos passam a ser colocados em lares e, muitas vezes depositados no hospital, que passa a ser o lugar da morte.<sup>5</sup> Este fenómeno de hospitalização da morte é uma realidade importante, além de preocupante, se analisarmos o aumento da taxa de mortalidade nos hospitais nas últimas décadas.<sup>2</sup> A morte passou a ser vista, em muitas situações, como um fracasso, ou resultado de um erro médico. Contudo este paradigma encontra-se em mudança. Quando o objectivo deixa de ser a cura, ou o prolongamento da vida, deve-se continuar a tratar o doente com objectivo de obter a melhor qualidade de vida possível e, quando está muito próximo da morte, o objectivo passa a ser o conforto. Esta atitude é consistente com uma morte com dignidade, ou seja, sem sofrimento significativo e na posse de um controlo razoável das capacidades físicas e mentais.<sup>6</sup> A fase final da vida requer uma abordagem multidisciplinar, além de exigir um cuidado holístico centrado no doente e sua família.<sup>7</sup> A Medicina Interna (MI), por definição uma disciplina holística, é frequentemente responsável pelo acompanhamento de doentes com doença progressiva ou em estado terminal, dado o aumento notável da esperança de vida.<sup>8</sup> A criação do Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), integrado no Plano Nacional de Saúde 2004/20107 deu à Medicina Paliativa um incentivo e projecção importantes. Contudo, este tipo de cuidados ainda se encontra aquém das necessidades, e a formação dos médicos em CP é, de um modo geral, insuficiente. Uma das grandes dificuldades na referenciação dos doentes, principalmente os não oncológicos, para CP deve-se, em grande parte, à dificuldade em determinar a terminalidade da doença e fazer uma estimativa da sobrevivência.<sup>9-12</sup> Enquanto a fase final dos doentes oncológicos é geralmente curta, com um período de degradação progressiva, nos não oncológicos, dada a imprevisibilidade e maior duração da doença, essa degradação envolve exacerbações agudas episódicas, hospitalizações frequentes e um declínio mais lento.<sup>13-15</sup> Este curso da doença torna problemática a determinação do início da fase paliativa. O estudo SUPPORT<sup>16,17</sup> evidenciou, não só, o problema do tratamento em fim de vida nos hospitais de agudos, mas também a grande dificuldade da parte médica em decidir quando cessar os cuidados curativos e proporcionar cuidados paliativos. A falta de instrumentos de triagem com critérios bem definidos para a admissão dos doentes não oncológicos em CP leva a que a maior parte

das tentativas de elaboração de critérios de terminalidade nas doenças não oncológicas se baseie nos critérios de doença avançada, como as insuficiências de órgão e doenças neurodegenerativas.<sup>18,19</sup> A investigação científica a nível internacional evidencia uma elevada prevalência de doentes internados em hospitais de agudos, nomeadamente em enfermarias de MI, com necessidade de CP. Contudo, a nível nacional, essa investigação é escassa.<sup>20,21</sup> Assim, o objectivo deste trabalho consiste na identificação e caracterização dos doentes internados num serviço de MI com necessidade de CP.

## Material e Métodos

Estudo retrospectivo, observacional, quantitativo, com análise descritiva da população de doentes internados num serviço de Medicina Interna do CHTS - H. S. Gonçalves, Amaranhe por um período de três meses.

Os critérios de inclusão foram todos os doentes com idade  $\geq$  a 60 anos.

A partir de dados dos processos clínicos foi aplicada a escala PCST,<sup>22</sup> e identificados os doentes enquadráveis em CP (score  $\geq$  4).

No período referido, dos 328 doentes admitidos, 288 (88%) apresentaram critérios de inclusão no estudo.

Foram analisados dados referentes a características sociodemográficas, motivo de internamento, comorbilidades, cuidados especiais de enfermagem, estado funcional, proveniência dos doentes, histórico de recorrências ao SU e hospitalizações frequentes, mortalidade e destino após alta, assim como dados referentes à aplicação das escalas de Braden e de Morse.

As variáveis categóricas são descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%), as variáveis contínuas são descritas através da média e do desvio padrão, mediana, mínimos e máximos, em função da simetria da sua distribuição.

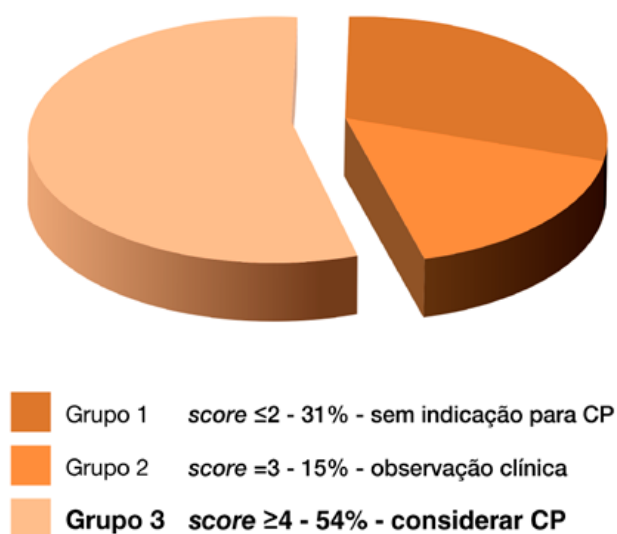
Foi usado o teste de independência do qui-quadrado para analisar a associação entre variáveis categóricas. Para variáveis contínuas com distribuição simétrica e assimétrica foram aplicados, respectivamente, os testes One-Way ANOVA e de Kruskal-Wallis, para comparar a distribuição entre os três grupos de estudo, obtidos através da escala PCST, nomeadamente, Grupo 1 - *Sem Indicação de Cuidados* (PCST $\leq$ 2), Grupo 2 - *Observação Clínica* (PCST = 3) e Grupo 3 - *Com Indicação Cuidados Paliativos* (PCST $\geq$ 4).

A análise foi efectuada utilizando o programa de análise estatística SPSS® v.21.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

## Resultados

No período em análise 288 doentes apresentaram critérios de inclusão no estudo.

A aplicação da escala PCST nos 288 doentes incluídos determinou três grupos, como demonstram as Fig. 1 e Tabela 1. Destes, 157 (54%) apresentavam necessidades paliativas



**Figura 1:** Grupos obtidos pela aplicação da escala PCST.

**Tabela 1:** Caracterização dos grupos obtidos através da aplicação da escala PCST nos doentes do estudo (n=288).

<i>Palliative Care Screening Tool</i> (score)	N	(%)
Grupo 1 - Sem Indicação de Cuidados (PCST≤2)	88	(31)
Grupo 2 - Observação Clínica (PCST=3)	43	(15)
Grupo 3 - Considerar Cuidados Paliativos (PCST≥4)	157	(54)

de acordo com os critérios estabelecidos ( $score \geq 4$ ) neste estudo.

### 1 - DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS

As características gerais da população resumem-se na Tabela 2.

Da análise comparativa, aplicando os testes qui-quadrado,

One-Way ANOVA e de Kruskal-Wallis, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género nos três grupos ( $p = 0,869$ ). A média de idades do grupo 3 foi superior à dos outros dois grupos, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,007$ ). No que concerne aos dias de internamento verificou-se um aumento na mediana no grupo três relativamente aos outros dois.

Da análise da amostra correspondente aos doentes com indicação para Cuidados Paliativos, 157 doentes, pudemos verificar 46% (72 doentes) do género masculino e 54% (85 doentes) do género feminino. As idades variaram entre 60 e 98 anos com uma média de  $82 \pm 7$  anos, superior aos outros dois grupos. A mediana de internamento foi de 11 dias, variando de um período mínimo inferior a 24 horas e um máximo de 108 dias. Verificou-se que 21% dos doentes era proveniente de lar de idosos, 3% da rede nacional de cuidados continuados integrados e 1% doutro hospital. Relativamente à residência habitual, 75% vivia em casa própria, 21% em lar, 3% com cuidador e 1% em Unidade de Cuidados Continuados.

### 2 - MOTIVO PRINCIPAL DO INTERNAMENTO

Os motivos principais de internamento foram: Doenças infecciosas (58%), das quais, 73% envolvendo o tracto respiratório e 11% o urinário. Seguiu-se o grupo nosológico de doenças cardiovasculares (21%), das quais 67% como acidentes vasculares cerebrais (AVC) e 33% como insuficiência cardíaca. Doença pulmonar obstrutiva crónica (5%) e neoplasias (3%).

Porém, dadas as características de um Serviço de Medicina, com doentes não necessariamente oncológicos, destaca-se o padrão de heterogenia dos diagnósticos e, neste contexto os outros diagnósticos perfizeram 11%.

### 3 - DOENÇAS AGUDAS COEXISTENTES

Verificou-se a existência de problemas médicos agudos durante o internamento, destacando-se insuficiência renal (31%), infecções (23%), doenças cardiovasculares (8%) - AVC

**Tabela 2:** Caracterização clínica e sociodemográfico dos doentes do estudo (n=288) pelos três grupos.

	Escala <i>Palliative Care Screening Tool</i>			P
	Sem Indicação de Cuidados Paliativos (n=88; 31%)	Observação Clínica (n=43; 15%)	Indicação Cuidados Paliativos (n=157; 54%)	
Género, n(%)	-	-	-	0,869*
Masculino	41 (47)	18 (42)	72 (46)	
Feminino	47 (53)	25 (58)	85 (54)	
Idade (em anos), média (desvio padrão)	79 (8)	81 (8)	82 (7)	0,007#
Dias de Internamento, mediana (mínimo-máximo)	9 ( 2;33)	9 (1; 34)	11 (0;108)	0,185£

\*Teste de Independência do qui-quadrado; # Teste One-Way ANOVA; £ Teste de Kruskal-Wallis.

e Insuficiência cardíaca em igual percentagem.

#### 4 - COMORBILIDADES

As principais comorbilidades responsáveis pela inclusão dos doentes no grupo de CP foram síndromes demenciais em 47%, doença cerebrovascular em 45% e doença renal crónica em 39%. Verifica-se significância estatística para demência ( $p < 0,001$ ) e AVC ( $p < 0,001$ ). (Tabela 3). No sentido de caracterizar melhor esta população, foi avaliado o número de comorbilidades por doente internado. Verificou-se que todos os doentes do grupo 3 apresentavam comorbilidades, com uma mediana de 4.

#### 5 - ESTADO FUNCIONAL

Quanto ao estado funcional, avaliado de acordo com a escala *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), verificou-se que é no grupo alvo do estudo que há mais doentes com maior dependência e, quanto maior for o grau de dependência, maior é o número de doentes encontrado. Os resultados obtidos foram estatisticamente significativos ( $p < 0,001$ ) como se pode verificar na Tabela 4.

#### 6 - CUIDADOS ESPECIAIS DE ENFERMAGEM

Verificou-se no grupo dos doentes com critérios de CP 57% de doentes acamados, 44% com algália, 30% cuidados especiais para a manutenção da integridade cutânea, 25% com SNG, 25% com úlceras de pressão, verificando-se nestes cinco parâmetros diferenças estatisticamente significativas, quando comparados com os outros dois grupos. Em 24% cuidados por confusão/agitação; 11% necessidade de aspiração de secreções; 1% portador de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG). No sentido de avaliar o risco de desenvolver

úlceras de pressão e o risco de queda foram retirados os dados resultantes da aplicação das escalas de Braden e de Morse. Os resultados avaliados revelaram um risco alto de desenvolvimento de úlceras e algum risco de queda.

#### 7 - OUTROS CRITÉRIOS A CONSIDERAR

Os doentes do grupo alvo do estudo vieram em maior percentagem ao serviço de urgência (SU) mais de uma vez por mês para o mesmo diagnóstico. Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base ocorreram também em maior número de doentes neste grupo que nos dos outros dois.

Não há registo de abordagem de questões do foro psicológico ou pedidos de apoio.

#### 8 - MORTALIDADE E DESTINO APÓS ALTA

A taxa de mortalidade foi de 31%, contrastando com as dos grupos 1 e 2, de 6% e 12% respectivamente, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

Quanto ao destino após a alta foi o seguinte: 63% foram para o domicílio; 25% para lar; 10% para RNCCI; 1% outro hospital; 1% Unidade de Cuidados Paliativos.

### Discussão

Há vários estudos na literatura internacional que demonstram a elevada prevalência de doentes com necessidade de cuidados paliativos internados em hospitais de agudos, nomeadamente em enfermarias de Medicina Interna. Porém em Portugal estudos de avaliação da prevalência e necessidade de CP em serviços de Medicina Interna são escassos. Este estudo pretende contribuir para a consciencialização desta problemática no nosso país.

**Tabela 3:** Problemas médicos crónicos dos doentes do estudo (n=288) pelos três grupos.

Problemas médicos crónicos:	Escala Palliative Care Screening Tool						
	Sem Indicação de Cuidados Paliativos (n=88; 31%)		Observação Clínica (n=43; 15%)		Indicação Cuidados Paliativos (n=157; 54%)		p*
	N	(%)	n	(%)	N	(%)	
- HTA	67	(76)	34	(79)	123	(78)	0,901
- Dislipidemia	47	(55)	26	(63)	83	(56)	0,644
- Demência	8	(9)	22	(52)	74	(47)	<0,001
- HBP	17	(44)	9	(50)	28	(46)	0,903
- AVC	15	(17)	9	(21)	71	(45)	<0,001
- DRC	27	(31)	11	(27)	61	(39)	0,225
- IC	39	(44)	14	(33)	42	(27)	0,019
- Diabetes	26	(30)	16	(37)	45	(29)	0,555
- FA/FLUTTER	28	(32)	14	(33)	35	(22)	0,175

\*Teste de Independência do Qui-quadrado.

**Tabela 4:** Caracterização do estado funcional, através da escala ECOG, dos doentes do estudo (n=288) nos três grupos.

Performance Status (ECOG)	Escala Palliative Care Screening Tool						p*
	Sem Indicação de Cuidados Palliativos (n=88; 31%)		Observação Clínica (n=43; 15%)		Indicação Cuidados Palliativos (n=157; 54%)		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
0	13	(15)	4	(9)	0	(0)	<0,001*
1	39	(44)	5	(12)	3	(2)	
2	32	(36)	8	(19)	21	(13)	
3	4	(5)	19	(44)	40	(25)	
4	0	(0)	7	(16)	93	(59)	

\*Teste de Independência do Qui-quadrado.

Definir quais os doentes que se enquadrem em CP torna-se um desafio na prática clínica. Os critérios de terminalidade nas doenças não oncológicas baseiam-se nos critérios de doença avançada, como as insuficiências de órgão e doenças neuro-degenerativas. Nos idosos, a deterioração funcional é o índice preditivo mais fiável da má evolução e mortalidade, independentemente dos diagnósticos clínicos.<sup>23</sup> Este pode ser avaliado através de vários instrumentos, nomeadamente pelo índice de Karnofsky e pelas escalas PPS (*Palliative Performance Scale*) e ECOG.<sup>20,24-26</sup>

No presente estudo, no período analisado, dos 288 doentes que apresentavam critérios de inclusão, verificou-se que 54% tinha necessidade de CP. Este resultado está em consonância com o Observatório Português de CP, segundo o qual 50% dos doentes internados em hospitais públicos nacionais têm necessidades paliativas.

Num estudo transversal realizado num só dia num hospital Universitário na Noruega identificou-se 36,5% de doentes com necessidade de CP.<sup>27</sup> Num outro estudo no Reino Unido (Royal Hallamshire Hospital) 23% dos doentes necessitavam de CP.<sup>28</sup> Um estudo nacional prospectivo, num serviço de MI de um hospital central, verificou a necessidade de receber CP em 102 doentes internados (54 oncológicos e 48 não oncológica).<sup>21</sup>

Outro estudo efectuado para determinar as necessidades paliativas em doentes sem perspectiva de cura em 150 doentes internados num Serviço de MI, concluiu que todos eles apresentavam descontrolo sintomático.<sup>29</sup>

Um estudo português com 64 doentes, com pluri-patologia, comorbilidades associadas, com critérios para cuidados paliativos, internados num serviço de MI de um hospital central concluiu que a falta de avaliação de sintomas nos registos clínicos era alarmante.<sup>15</sup>

Um estudo retrospectivo num serviço de MI de 125 óbitos durante 3 meses concluiu que 49,6% já apresentava na admissão, ou nas 24 horas subsequentes, necessidade de cuidados paliativos.<sup>30</sup>

Os doentes alvo do estudo apresentavam uma média de 82 anos de idade, o que reflecte o aumento da esperança de vida, afigurando-se superior à dos outros dois grupos, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Da análise comparativa não se verificam diferenças com significado estatístico relativamente ao género nos três grupos. No que concerne aos dias de internamento, verificou-se um aumento na mediana no grupo alvo do estudo relativamente aos outros dois. Observou-se uma pequena percentagem de doentes oncológicos, dado o hospital não ter serviço de Oncologia Médica. A heterogeneidade de diagnósticos, dado tratar-se de um serviço de Medicina, dificultou a análise, contudo as infecções, principalmente pneumonias e sépsis corresponderam a 58%, as doenças cardiovasculares a 21%, das quais 67% corresponderam a AVCs e 33% a insuficiência cardíaca. Estas patologias condicionam a qualidade de vida dos doentes, com diminuição progressiva das capacidades funcionais, principalmente na sua fase final, conduzindo a múltiplos internamentos, quer pela evolução da doença, quer pelas suas complicações. Embora não haja definição de critérios nem do tipo de cuidados paliativos a oferecer a estes doentes, o reconhecimento de que os princípios dos CP são importantes no seu cuidado, leva à sua inclusão no sentido do controlo dos problemas físicos, emocionais e apoio relativamente a problemas sociais.

A insuficiência renal aguda ou crónica agudizada foi o diagnóstico secundário mais prevalente (31%). Constataram-se problemas médicos de maior gravidade, múltiplas comorbilidades, destacando-se quadros demenciais em 47% e acidente vascular cerebral sequelar em 45%, o que se afigurou estatisticamente significativo, e doença renal crónica em 39%. Em 59% dos doentes o estado funcional ECOG foi 4, traduzindo uma população com um elevado grau de dependência. Verificou-se necessidades complexas de enfermagem (57% acamados, 44% algaliados, 30% cuidados para integridade cutânea, 25% com SNG, 25% com úlceras, 11% necessidade de aspiração); 24% dos doentes apresentavam confusão/

## Anexo

### Escala *Palliative Care Screening Tool*<sup>B</sup> (PCST)

Escala adaptada por Luchetti G.

#### Critério número 1

**Doenças de base – Dois pontos para cada subitem:**

1. Câncer – metástase ou recidivas
2. Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) avançada – repetidas exacerbações
3. Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) – decréscimo de função motora  $\geq 50\%$
4. Insuficiência renal grave – *clearance* de creatinina  $< 10$  mL/min
5. Doença cardíaca grave – insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo FE  $< 25\%$ , miocardiopatia e insuficiência coronariana significativa
6. Outras doenças limitantes à vida do paciente

#### Critério número 2

**Doenças associadas – Um ponto para cada subitem:**

- Doença hepática
- Doença renal moderada – *clearance* de creatinina  $< 60$  mL/min
- DPOC moderada – quadro clínico estável
- ICC moderada – quadro clínico estável
- Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto

#### Critério número 3

**Condição funcional do paciente**

Esse critério avalia o grau de dependência do paciente, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas diárias confinado ao leito ou à cadeira de rodas. Pontua-se de 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou ao cadeirão)

#### Critério número 4

**Condições pessoais do paciente – Um ponto para cada subitem:**

7. Necessidade de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas
8. Histórico de internações recentes em serviços de emergência
9. Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base
10. Internações prolongadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico

A soma dos subitens justificará a indicação ou não de cuidados paliativos:

**Até dois pontos** – sem indicação de cuidados

**Até três pontos** – observação clínica

**Maior ou igual a quatro pontos** – considerar cuidados paliativos

**Autorizações:** O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do CHTS.EPE. Foi obtida autorização do autor para a utilização do instrumento de avaliação, a escala PCST (*Palliative Care Screening Tool*), neste estudo.

agitação. Apenas 1 era portador de PEG. A avaliação do risco de queda e do desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental para o planeamento e implementação de medidas ou intervenções de prevenção e tratamento. Verificou-se maior número de recorrências ao SU e mais de uma hospitalização

pelo mesmo diagnóstico nos últimos 30 dias, assim como também se verificou prolongamento dos internamentos, o que reflecte a vulnerabilidade, debilidade, cronicidade da doença e necessidade de recursos médicos e consequentes gastos em saúde. Não há registo de abordagem de questões do foro

psicológico ou pedidos de apoio quer para problemas emocionais quer espirituais. Este facto convida à reflexão, traduzindo a deficiente sensibilização da classe médica para sofrimento psicológico e espiritual. Dos doentes que tiveram alta, apenas 1 foi para uma Unidade de CP.

Urge que os hospitais de agudos garantam que as necessidades dos doentes paliativos sejam identificadas e asseguradas e os Internistas recebam formação no sentido de mudar o paradigma do tratamento focado na cura da doença para a intervenção no sofrimento focada no doente. O grande número de doentes internados num serviço de MI identificados com necessidades paliativos destaca a dimensão de doentes não oncológicos portadores de doenças crónicas degenerativas em estágio avançado com alto grau de dependência física, mental e/ou social. Perante estas doenças irreversíveis, o objectivo dos cuidados deixa de ser a cura e passa a ser a qualidade de vida ou conforto.

## Conclusão

O presente estudo demonstrou de forma objectiva a existência de um elevado número de doentes enquadráveis em cuidados paliativos internados num serviço de Medicina Interna - hospital de agudos (54%). Trata-se de uma população complexa e com necessidades assistenciais particulares. Reconhecer estes doentes torna-se fundamental de modo a evitar consumos desnecessários de recursos em saúde, internamentos prolongados e reinternamentos, proporcionando uma melhor qualidade de vida ou privilegiando o conforto.

Apesar dos Internistas serem os médicos mais adequados para assumirem o tratamento dos doentes idosos, com multimorbidades e maior complexidade, torna-se fundamental a formação específica em Medicina Paliativa

Sendo reconhecida a dificuldade em objectivar critérios de admissão de doentes não oncológicos em CP, é importante a criação ou adaptação de instrumentos de triagem específicos para doentes não oncológicos na população portuguesa.

De igual modo, pelo presente estudo, se reconhece a importância e pertinência do investimento nesta área específica de investigação em Portugal. ■

## Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

## Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) 2019. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) 2019. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

## Correspondence / Correspondência:

Olimpia Martins – olimpiagmartins@hotmail.com

Serviço de Medicina, CHTS- Hospital de S. Gonçalo, Amarante, Portugal  
Rua da Lama, Nº 76, 4600-758, Telões - Amarante

Received / Recebido: 12/12/2019

Accepted / Aceite: 20/02/2020

Publicado / Published: 27 de Junho de 2020

## REFERÊNCIAS

1. Carneiro R, Sousa E, Guerreiro T, Rocha N. Qualidade e Satisfação com a Prestação de Cuidados na Patologia Avançada em Medicina Interna. *Arq Med.* 2009; 23: 95-101.
2. Campos L. A Medicina Interna e o futuro dos Cuidados de Saúde. *Rev Soc Port Med Interna.* 2015; 22: 10-5.
3. Moura BP. O impacto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na demora média hospitalar. [Dissertação de Mestrado Universidade Nova de Lisboa]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2014. [consultado Out 2019] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/14626>
4. Pulido I, Baptista I, Brito M, Matias T. Como Morrem os Doentes numa Enfermaria de Medicina Interna. *Rev Soc Port Med Int.* 2010; 17: 222-6.
5. Macedo P. Governo quer soluções mais eficazes para casos de idosos "depositados" nos hospitais. 2015. consultado Out 2019] Disponível em: <http://www.ionline.pt/272893>
6. Gonçalves J.F. A Boa Morte: ética no fim da vida. Lisboa: Coisas de Ler Edições; 2009.
7. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa: DGS; 2004.
8. Lobão MJ. Editorial. Osler, Medicina Interna e Cuidados Paliativos. *Rev Soc Port Med Int.* 2013; 20: 3-4.
9. Murray SA, Boyd K, Sheikh A. Palliativecare in chronicillness. *BMJ.* 2005; 330:611-2.
10. Kellett J. Prognostication - The lost skill of medicine. *Eur J Intern Med.* 2008; 19: 155-64.
11. Carneiro R, Freire E, Alves, Rocha N. Gestos e atitudes em medicina centrada no doente num Serviço de Medicina Interna. *Acta Med Port* 2010; 23: 1035-42.
12. Navarro Sanz R, López Almazán C. Aproximación a los Cuidados Paliativos en las enfermedadesavanzadasno malignas. *An Med Interna.* 2008;25.
13. Murray SA, Sheikh A. Palliative care beyond cancer: care for all at the end of life. *BMJ.* 2008; 336: 958-9.
14. Silva MJ. Cuidados paliativos: caracterização assistencial e identificação

- de necessidades num serviço de medicina interna. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.
15. Ribeiro AS. Controlo de sintomas em cuidados paliativos num serviço de medicina interna. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
  16. Lynn J, Teno JM, Phillips RS, Wu AW, Desbiens N, Harrold J, et al. Perceptions by Family Members of the Dying Experience of Older and Seriously ill Patients. SUPPORT Investigators. *Ann Intern Med.* 1997; 126: 97-106.
  17. Toscani F, Di Giulio P, Brunelli C, Miccinesi G, Laquintana D; End-of-Life Observatory Group. How people die in hospital general wards: a descriptive study. *J Pain Symptom Manage.* 2005;30:33-40.
  18. Babarro AA, Aguilar AG, Rexach CN. Cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas. *Med Pal.* 2010; 17:156-60.
  19. Fischer SM, Gozansky WS, Sauaia A, Min SJ, Kutner JS, Kramer A. A practical tool to identify patients who may benefit from a palliative approach: the CARING criteria. *J Pain Symptom Manage.* 2006;31:285-92.
  20. Stern R. A need for a palliative care program among hospitalized patients in the departments of internal medicine. *Arch Intern Med* 2006; 166: 149-50.
  21. Monteiro P, Silva M J, Fraga M, Mota C, Suarez A, Ponte C. et al. Necessidade de Cuidados Paliativos num Serviço de Medicina Interna. *Rev Soc PortMed Int.* 2013 ; 20: 7-20.
  22. Lucchetti G, Neto A, Ramos S, Faria L, Granero A, Pires S, Gorzoni M. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. *Geriatría Gerontol.* 2009 ;3: 104-8
  23. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med.* 1990;322:1207-14.
  24. Alonso Barbarro A, Gonzalez Baron M. Medidas de capacidad funcional. In: Gonzalez Baron M, Lacasta M, Ordóñez A. Valoración clínica en el paciente con cáncer. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2006. p.1-16.
  25. Maas EA, Murray SA, Engels Y, Campbell C. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3:444-51. doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000527.
  26. Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care.* 2014;4:285-90. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000488.
  27. Sigurdardottir K, Haugen D. Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards: a cross sectional study. *BMC Palliat Care.* 2008; 23:7-16.
  28. Gott CM, Ahmedzal SH, Wood C. How many inpatients in an acute hospital have palliative care needs? Comparing the perspectives of medical and nursing staff. *Palliat Med.* 2001; 15: 451-60.
  29. Costa MA, Antunes MT. Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. *Rev. Enf Ref.* 2012;3: 63-72.
  30. Loureiro N, Amado J, Fragoso R. Cuidados paliativos: Identificação de necessidades em doentes de medicina interna. *Rev Cuidados Palliat.* 2014: 1; 62-73.