



# **EMERGÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS – VARIÁVEIS DE CONTEXTO NO ATO DE PALIAR**

**Mariana José Barreira Rodrigues**

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança  
para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Bragança, dezembro, 2023

# **EMERGÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS - VARIÁVEIS DE CONTEXTO NO ATO DE PALIAR**

**Mariana José Barreira Rodrigues**

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança  
para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientação Científica: Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Bragança, dezembro, 2023

*“Devia ser muito mais difícil,  
mas quanto mais presencio a morte,  
mais ela se torna simplesmente parte  
da vida.”*

*Colleen Hoover*

## **Dedicatória**

Ao meu pai, por me ter indicado o caminho...

À minha mãe, por não me ter deixado perder na estrada...

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, por ter aceite a orientação científica deste trabalho, por todo o incentivo, por toda a confiança, por toda a prontidão, mas acima de tudo, por todo o conhecimento partilhado.

À Dra. Liseta Gomes, por toda a sua colaboração e aconselhamento ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Ao Fernando, o fator principal para o aumento de mestres nesta família, por toda a paciência que lidar comigo requer, pela compreensão e toda a ajuda que me foi dada ao longo destes dois anos.

Ao meu marido, Miguel. Meu companheiro de todas as horas, a quem este trabalho pertence tanto quanto a mim. Por ter sido luz, sempre que eu era apenas escuridão, por ser sempre a bonança após a tempestade.

À minha irmã Carolina. A minha melhor e mais antiga amiga, por ser um exemplo de resiliência e perseverança na minha vida. Por caminhar sempre ao meu lado mesmo quando o caminho se tornava difícil.

À minha família, em especial à minha mãe Sandra. Por toda a dedicação, por todo o apoio e carinho. Por me mostrarem que mesmo após o ano difícil que tivemos, em que muitas vezes nos apeteceu desistir, há muitas razões para sorrir... Que a vida encontra sempre maneira de continuar...

Ao meu avô, que infelizmente nos deixou no início deste ano, por me ter permitido crescer num ambiente cheio de amor, incentivo e confiança.... Espero que estejas tão orgulhoso de mim, como estiveste toda a minha vida.

Aos meus amigos, em especial à Filipa, à Andreia e à Lara, por serem sempre um ombro amigo e uma palavra de incentivo.

Às minhas colegas da Unidade de Cuidados Paliativos de Macedo de Cavaleiros, pela sua amizade, por toda a ajuda e força que me deram.

As Pessoas em Situação Paliativos, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

## RESUMO

**Introdução:** Emergências Clínicas em Cuidados Paliativos, são todas as circunstâncias que colocam a pessoa em necessidade de ser paliado, ou seja, conjunto de procedimentos, inserido no contexto e conceito de ato de enfermagem (Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho), e que diz respeito a todas as interações autónomas ou interdependentes, em contexto de Cuidados Paliativos. A análise da tipologia destas ocorrências, é pertinente para a equipa de saúde em geral, e para a enfermagem em particular, no sentido de reconhecer a profundidade de Cuidados Paliativos necessários, duração de internamentos e necessidade de recursos em geral.

**Objetivos:** Analisar a incidência da tipologia de Emergências em Cuidados Paliativos e conhecer as variáveis sociodemográficas, clínicas e de contexto cuidativo, que determinam esses episódios.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo, transversal, quantitativo e descritivo, a partir da recolha de dados em processos clínicos, através do “Inventário das variáveis de contexto no ato de paliar, em Emergências em Cuidados Paliativos” (Rodrigues, M. J. B. & Veiga-Branco, M. A. R., 2023), relativos a uma amostra de 360 episódios de internamento na UCP da ULSNE, na janela temporal entre janeiro a dezembro de 2021. A recolha revela episódios relativos a 286 pessoas internadas, maioritariamente do sexo masculino (N=223), e idade média de 75,3 anos, que devido à recorrência de internamentos equivale a 360 episódios. Residem, geralmente, em domicílio próprio, no concelho de Bragança. Os filhos são, normalmente, a pessoa de referência.

**Resultados:** Relativamente à tipologia de Emergências em CP, verificou-se que as mais incidentes são as exéreses hemorrágicas (n=40) e *dellirium* (n=17), e o menos incidente é o Síndrome da Veia Cava Superior (n=1). Relativamente às variáveis clínicas – diagnose e metastização - verificou-se que são prevalentes, a neoplasia maligna do intestino (n=48), a neoplasia maligna do pâncreas, fígado e vias biliares (n=37) e ainda a neoplasia da próstata (n=33), e, a presença de metástases pulmonares (n=48), hepáticas (n=46) e/ou ganglionares (n=32) foram as mais frequentemente verificadas. As variáveis de contexto cuidativo prevalentes foram: (1) internamentos (+/-10 dias) para controlo sintomático da dor (n=53), e internamentos recorrentes. O *Palliative Performance Score* (PPS%) aquando da admissão foi, em média, de 30%, e, de 25% aquando da alta. No que respeita à alta clínica, foi verificado que 55,4% (n=93) dos internados, foram para o domicílio e

41 utentes, foram para Unidades de Cuidados Continuados (UCC). Durante a colheita de dados, 19,9% dos casos não tinha falecido.

**Conclusão:** Os episódios hemorrágicos foram a tipologia de Emergência Clínica Paliativa mais frequente. E os refentes com metástases pulmonares/mediastínicas, com presença de traqueostomias ou nefrostomias, ou aqueles em situação de últimos dias de vida têm maior probabilidade de desenvolver situações de Emergências Clínicas Paliativas.

**Palavras-Chave:** Emergências; Cuidados Paliativos; Oncologia; Paliar;

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Clinical Emergencies in Palliative Care encompass all circumstances that require palliative care for the patient, meaning a set of procedures within the context and concept of nursing care (Regulation No. 613/2022, July 8), related to all autonomous or interdependent interactions in the context of Palliative Care. Analyzing the typology of these occurrences is essential for the healthcare team in general, and particularly for nursing, to recognize the depth of required Palliative Care, the duration of hospitalizations, and the need for resources in general.

**Objectives:** To analyze the incidence of the typology of Emergencies in Palliative Care and understand the sociodemographic, clinical, and care context variables that determine these episodes.

**Methodology:** A retrospective, cross-sectional, quantitative, and descriptive study was conducted by collecting data from clinical records using the "Inventory of context variables in the act of palliating in Palliative Care Emergencies" (Rodrigues, M. J. B. & Veiga-Branco, M. A. R., 2023). The data were related to a sample of 360 hospitalization episodes in the Palliative Care Unit (UCP) of ULSNE, within the time frame from January to December 2021. The data collection included episodes involving 286 hospitalized patients, mostly male (N=223), with an average age of 75.3 years. Due to the recurrence of hospitalizations, this equates to 360 episodes. These patients generally reside in their own homes in the Bragança municipality, with their children typically being the primary caregivers.

**Results:** Regarding the typology of Emergencies in Palliative Care, the most common were hemorrhagic exeresis (n=40) and dellirium (n=17), while Superior Vena Cava Syndrome was the least common (n=1). Concerning clinical variables, malignant intestinal neoplasia (n=48), malignant pancreatic, hepatic, and biliary neoplasms (n=37), and prostate neoplasia (n=33) were prevalent, along with the presence of pulmonary (n=48), hepatic (n=46), and/or nodal (n=32) metastases. Prevalent care context variables included hospitalizations (+/-10 days) for symptomatic pain control (n=53) and recurrent hospitalizations. The Palliative Performance Score (PPS%) at admission averaged 30% and 25% at discharge. Regarding clinical discharge, it was found that 55.4% (n=93) of the patients were discharged to their homes, and 41 patients were transferred to Units of Continuous Care (UCC). During the data collection, 19.9% of cases had not yet deceased.

**Conclusion:** Hemorrhagic episodes were the most common type of Clinical Palliative Emergency. Patients with pulmonary/mediastinal metastases, tracheostomies or nephrostomies, or those in their last days of life have a higher probability of developing Clinical Palliative Emergencies.

**Keywords:** Emergencies; Palliative Care; Oncology; Palliate.

## **Abreviaturas e/ou SIGLAS**

CC – Crises Convulsivas;

CE – Comissão Europeia;

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros;

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

CP – Cuidados Paliativos;

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade;

DMS-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*;

EAPC – *European Association for Palliative Care*;

EEG – Eletroencefalograma;

EIHCP – Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos;

EME – Estado de Mal Epilético;

ERPI – Estabelecimento Residencial Para Idosos;

IM – Intramuscular;

IV – Intravenosa;

LBCP – Lei Base de Cuidados Paliativos;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PPS – *Palliative Performance Scale*;

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos;

RX – Radiografia;

SC – Subcutâneo;

SL – Sublingual;

SNC – Sistema Nervoso Cerebral;

SNS – Sistema Nacional de Saúde;

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*;

SVCS – Síndrome da Veia Cava Superior;

TAC – Tomografia Computorizada;

TV – Testamento Vital;

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos;

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste;

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO I ESTADO DA ARTE .....</b>	<b>16</b>
<b>1. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1. Emergências em Cuidados Paliativos.....</b>	<b>18</b>
1.1.1. Compressão Medular e Fraturas Patológicas dos Membros .....	18
1.1.2. Crises Convulsivas .....	20
1.1.3. Delirium .....	21
1.1.4. Distúrbios Metabólicos – Hipercalemia.....	22
1.1.5. Hemorragias e Asfixia .....	23
1.1.6. Síndrome da Veia Cava Superior.....	24
<b>2. O ATO DE PALIAR – UM PARADIGMA PARA A QUALIDADE DE CUIDADOS .....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO II ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>27</b>
<b>1. METODOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
<b>1.1. Tipo de Estudo.....</b>	<b>28</b>
<b>1.2. População e Amostra .....</b>	<b>28</b>
<b>1.3. Instrumento de Recolha de Dados.....</b>	<b>29</b>
<b>1.4. Variáveis em Estudo .....</b>	<b>29</b>
<b>1.5. Procedimentos de Recolha de Dados e Considerações Éticas .....</b>	<b>31</b>
<b>1.6. Procedimentos de Análise de Dados .....</b>	<b>31</b>
<b>2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
<b>2.1. Análise Descritiva da Amostra em Estudo .....</b>	<b>32</b>
<b>2.2. Estudo da Relação entre as Variáveis Sociodemográficas, de Contexto Cuidativo e Clínicas em Relação à Emergência Clínica em Cuidados Paliativos.....</b>	<b>41</b>
<b>2.3. Identificação das Variáveis que mais Contribuem para a Emergência Clínica e Análise Multivarietal com Recurso à Regressão Logística Binária .....</b>	<b>44</b>
<b>3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>

<b>CONCLUSÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>56</b>
<b>Anexo I - Autorização da Diretora do Departamento de Cuidados Continuados e Paliativos da ULSNE .....</b>	<b>57</b>
<b>Anexo II – Autorização da Comissão de Ética da ULSNE .....</b>	<b>59</b>
<b>Anexo III - Inventário das variáveis de contexto no ato de paliar, em Emergências em Cuidados Paliativos .....</b>	<b>61</b>
<b>Anexo IV – Submissão de Artigo Científico: Millenium.....</b>	<b>66</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis sociodemográficas e contextuais da amostra em estudo</i> .....	33
<i>Tabela 2 – Valores descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas e contexto cuidativo continuas</i> .....	34
<i>Tabela 3 – Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis clínicas associadas ao diagnóstico da amostra em estudo</i> .....	34
<i>Tabela 4 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis clínicas associadas à metastização da amostra em estudo</i> .....	35
<i>Tabela 5 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis clínicas associadas ao "hábitos sociais e de risco" da amostra em estudo</i> .....	36
<i>Tabela 6 - Apresentação dos valores absolutos e relativos, das variáveis clínicas associadas à "presença de ostomias" da amostra em estudo</i> .....	36
<i>Tabela 7 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis clínicas "tipologia de emergências clínicas" da amostra em estudo</i> .....	37
<i>Tabela 8 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis clínicas "necessidade de sedação paliativa" da amostra em estudo</i> .....	37
<i>Tabela 9 - Estatística descritiva das variáveis de contexto cuidativo continuas</i> .....	38
<i>Tabela 10 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis de contexto cuidativo "motivo de admissão à UCP" da amostra em estudo</i> .....	38
<i>Tabela 11 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis de contexto cuidativo "sintomas descontrolados à admissão" da amostra em estudo</i> .....	39
<i>Tabela 12 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis de contexto cuidativo da amostra em estudo</i> .....	40
<i>Tabela 13 - Estatística descritiva das variáveis clínicas continuas</i> .....	40
<i>Tabela 14 – Apresentação dos valores de significância estatísticas entre as variáveis sociodemográficas e a ocorrência de emergências clínicas</i> .....	41
<i>Tabela 15 – Apresentação dos valores de significância estatística na relação entre as variáveis clínicas “Hábitos Sociais e de Risco” e a ocorrência de emergências clínicas</i> .....	41

<i>Tabela 16 – Apresentação dos valores de significância estatística na relação entre as variáveis clínicas “ostomização e cateterização” e a ocorrência de emergências clínicas.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabela 17 – Apresentação dos valores de significância estatística na relação entre as variáveis clínicas “metastização” e a ocorrência de emergências clínicas.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabela 18 – Apresentação dos valores de significância estatística entre as variáveis de contexto cuidativo “motivo de internamento” e a ocorrência de emergências clínicas. ....</i>	<i>43</i>
<i>Tabela 19 – Apresentação dos valores de significância estatística entre as variáveis de contexto clínico “sintomas descontrolados à admissão” e a ocorrência de emergências clínicas.....</i>	<i>43</i>
<i>Tabela 20 - Identificação das variáveis que mais contribuem para a ocorrência de emergências clínicas com recurso a uma regressão logística binária.....</i>	<i>44</i>

## INTRODUÇÃO

O Ato de Paliar, isto é, atenuar ou aliviar, de acordo com Oliveira e Albuquerque (2022), é totalmente compatível com a prática de medicina curativa mais invasiva. Neste contexto, são utilizadas todas as técnicas terapêuticas possíveis, desde que as mesmas sejam razoáveis, proporcionais e ajustadas à pessoa em situação paliativa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera o principal foco dos Cuidados Paliativos a melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa e das respectivas famílias/cuidadores, através da prevenção e alívio do sofrimento, com o propósito de manter uma vida digna em todas as etapas da doença (Gálvez et al., 2021).

As Emergências em Cuidados Paliativos são quaisquer alterações clínicas inesperadas no estado geral da pessoa em situação paliativa e que obrigam à intervenção imediata dos seus cuidadores. Quando deixadas sem tratamento adequado, as situações patológicas com caráter de Emergências em Cuidados Paliativos, resultam na deterioração da saúde da pessoa em situação paliativa e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida (Gonçalves & Oliveira, 2016; NHS Scotland, 2019).

Em situações críticas ou de emergência, a avaliação diagnóstica e a monitorização constante são reconhecidas como de máxima importância. Cuidar da pessoa, familiar/cuidador a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica é uma competência clínica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A relevância do tema escolhido foi justificada com duas ordens de razões: uma, devido à relativa escassez de publicações relativas à produção científica sobre o tema, e a segunda diz respeito às aprendizagens emergentes dos estudos necessários para a realização desta investigação, que podem contribuir para a melhoria das práticas paliativas em enfermagem e promover a literacia das pessoas em situação paliativa e familiares/cuidadores sobre os mesmos.

Para o presente estudo foi formulada a seguinte questão de investigação: “Quais as variáveis consideradas determinantes em episódios de Emergência Clínica, em

Cuidados Paliativos?”, a partir da qual foram formulados os seguintes objetivos específicos:

1. Conhecer as variáveis sociodemográficas da população que viveu episódios de Emergência Clínica Paliativa, na Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal.
2. Conhecer as variáveis clínicas da população que viveu episódios de Emergência Clínica Paliativa, na Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal.
  - 2.1. Reconhecer as variáveis indutoras de episódios de Emergência Clínica Paliativa, numa Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal.
3. os episódios de Emergências Clínica Paliativa, na Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal.
4. Conhecer as variáveis de contexto cuidativo da população que viveu episódios de Emergência Clínica Paliativa, na Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal.

O presente trabalho foi dividido em duas partes para melhor compreensão dos conteúdos e melhor acesso aos mesmos. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, que aborda as temáticas das Emergências Clínicas em Cuidados Paliativos (Compressão Medular e Fraturas Patológicas dos Membros, Convulsões, Delirium, Distúrbios Metabólicos, Hemorragias e Asfixia, e Síndrome da Veia Cava Superior), e o Ato de Paliar. Para o efeito foi realizada uma pesquisa bibliográfica na plataforma “ISI Web of Knowledge” e “SciELO” com as seguintes palavras-chaves: Emergências; Cuidados Paliativos; Oncologia, Paliar.

Na segunda parte, são apresentados todos os procedimentos metodológicos associados ao estudo empírico. Na metodologia é abordada a conceptualização do estudo, o tipo de investigação, tipo da amostra, o instrumento de recolha de dados (IRD), as variáveis em estudo, os procedimentos de recolha de dados e procedimentos éticos. São apresentados os testes estatísticos utilizados para a análise das variáveis em estudo. Segue-se a apresentação dos principais dados, bem como a discussão dos resultados.

Finaliza-se o presente estudo com as principais conclusões, limitações e sugestões a considerar.

**CAPÍTULO I**  
**ESTADO DA ARTE**

## 1. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

A Lei Base dos Cuidados Paliativos (LBCP) (Lei n.º 52/2012 do Ministério da Saúde, 2012), define Cuidados Paliativos como:

“os cuidados ativos (...), prestados por unidades e equipas específicas, em internamento e ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida (...)” (p. 5119).

Mais atualmente, e sem desmerecer a LBCP, o portal do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (2021), apresenta uma definição de Cuidados Paliativos mais envolvente, mais excessivamente indicadora, não só da pessoa na conceção holística nos seus contextos de vida, mas também dos elementos humanos que a cercam (ou não), mas que podem constituir-se como variáveis pertinentes na compreensão da sua experiência humana de existir. Assim, percebe-se que os Cuidados Paliativos são entendidos como:

“cuidados de saúde holísticos, ativos que procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas família/cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através de identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais (OMS). (...) prestados por uma equipa interdisciplinar e baseiam-se em princípios éticos e de planeamento antecipado de cuidados, pelo que não antecipam, nem prolongam o processo de morte. (...) Envolvem ativamente membros da família/cuidadores na prevenção de crises, capacitando-os e apoiando-os no luto (...)”.

Do ponto de vista prático e sustentável, a Rede Nacional dos Cuidados Paliativos (RNCP), estabelecida pela LBCP (2012), enquadra as Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHCP), as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSP) e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). As UCP que não se encontrem integradas em hospitais de agudos, foram também integradas na RNCP,

em 2017, e mantém alguns procedimentos comuns à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Portaria n.º 75/2017 do Ministério da Saúde, 2017).

As patologias que mais frequentemente requerem a necessidade de Cuidados Paliativos na população adulta são: doenças oncológicas, insuficiências orgânicas, doenças autoimunes, doenças neurológicas, doenças vasculares e anomalias congénitas. Desde 2012, a exaustão dos cuidadores informais pode também constituir critério para o internamento na UCP (Lei n.º 52/2012 do Ministério da Saúde, 2012; Serviço Nacional de Saúde, 2021).

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022, verifica um ligeiro aumento na projeção do número de pessoas com necessidades de Cuidados Paliativos. O que é consistente com o envelhecimento populacional e com a previsibilidade de necessidades paliativas na população idosa (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021).

### **1.1. Emergências em Cuidados Paliativos**

As Emergências em Cuidados Paliativos, como em toda a medicina, são eventos que apresentam ameaça imediata de vida. No entanto, em Cuidados Paliativos, deverá ter-se em atenção a pessoa em situação paliativa na sua globalidade e não apenas o acontecimento em si. As decisões tomadas devem ter como base o prognóstico da doença, o estado geral da pessoa em situação paliativa, e a sintomatologia secundária ao tratamento. O conhecimento sobre a psicopatologia das Emergências em Cuidados Paliativo, podem ser fundamentais na sua antecipação (Noble, 2020).

A literatura considera como mais prevalentes as seguintes Emergências em Cuidados Paliativos: Compressão Medular e Fraturas Patológicas dos Membros; Crises Convulsivas; *Dellirium*; Distúrbios Metabólicos (Hipercalemia); Hemorragia e asfixia; e Síndrome da Veia Cava Superior (Gonçalves & Oliveira, 2016; Noble, 2020).

#### *1.1.1. Compressão Medular e Fraturas Patológicas dos Membros*

Os ossos são os órgãos do corpo humano com maior facilidade em formar metástases. O processo de metastização consiste no desenvolvimento de um tumor distal secundário, com ponto de partida num tumor primário (Park et al., 2022; Ryan et al., 2022).

A metastização óssea é comum em cancros da mama, do pulmão, do rim, da tireoide e mielomas. O cancro do pulmão, tem a maior incidência de metástases ósseas, em adultos de ambos os géneros. Para mulheres, com idade igual ou superior a 40 anos, o cancro mais provável de provocar metástases ósseas é o cancro da mama. No caso de homens, com idade igual ou superior a 85 anos, é o cancro da próstata (Noble, 2020; Ryan et al., 2022).

As metástases ósseas, do ponto de vista histopatológico e radiológico, podem ser classificadas como osteoblásticas, osteolíticas ou mistas. As lesões osteoblásticas são, por norma, observadas em pessoas com neoplasia da próstata. As lesões osteolíticas, comuns em pessoas com mieloma múltiplo e neoplasia da mama, são particularmente perigosas devido ao alto risco de fratura óssea (Takei & Tagami, 2022).

A radiografia, a cintigrafia óssea, tomografia computadorizada e ressonância magnética são os métodos mais comuns de diagnóstico de metástases ósseas, bem como de fraturas. Na presença de fratura óssea, a pessoa apresenta deformidade a nível do membro afetado, dor à palpação de aumento súbito e impotência funcional (Gonçalves & Oliveira, 2016; Takei & Tagami, 2022)

O foco principal do tratamento é alívio da dor e recuperação da funcionalidade. A fixação da fratura, através de cirurgia ou de uso de tala gessada, é a forma mais eficaz de alcançar os objetivos do tratamento. A radioterapia paliativa está indicada para o controlo da dor e potenciação da cicatrização, quando é conseguida fixação da lesão (Gonçalves & Oliveira, 2016; Noble, 2020).

A prescrição de bifosfonatos, inibe a maturação e diferenciação dos osteoclastos, que por sua vez previne a reabsorção óssea e hipercalcemia. É indicada para o alívio da dor e redução do risco de fratura (Noble, 2020; Takei & Tagami, 2022).

A compressão medular, segundo Noble (2020), é comum em 5% das pessoas com doença oncológica com metastização óssea. É despoletada pela pressão direta e/ou colapso vertebral pela metastização tumoral, que por sua vez, potencia o aparecimento de défices neurológicos.

A compressão medular origina em metástases ósseas (90%), metástases meníngeas (9%) e metástases intradurais (1%). Na sua maioria a localização das metástases ósseas são 60 – 70% dorsais, seguidas por 13 – 66% lombares e, por fim, 4 – 5% cervicais. Entre 4 a 16% das compressões são múltiplas (Porta et al., 2005).

A dor nas costas, sem alterações neurológicas, é o primeiro sintoma em 95% dos casos de compressão medular. O tipo de dor referida varia consoante o segmento da coluna envolvido. A dor pode ser: **não-radicular** ou **local** (nociceptiva ou neuropática), que agrava com carga ou flexão da coluna; **radicular** (incidental), associada a parestesias e alterações da sensibilidade. Nem sempre existe uma relação direta entre a intensidade da dor e o grau de compressão medular (Gonçalves & Oliveira, 2016).

Os sintomas mais comuns da compressão medular, que surgem entre 4 a 5 meses após a dor, são: **défices neurológicos motores** (dificuldade de marchar, fraqueza muscular e paraplegia); **défices neurológicos sensitivos** (alterações na sensibilidade ou perda da mesma); **descontrolo de esfíncteres vesicais e intestinais**; e **dor** (Gonçalves & Oliveira, 2016; Porta et al., 2005).

O tratamento da compressão medular é complexo e depende da disseminação da doença, bem como do estado geral da pessoa. São opções de tratamento: **cirurgia** (laminectomia e radioterapia pós cirurgia); **quimioterapia** (não indicada como tratamento de primeira linha) e **radioterapia** (Gonçalves & Oliveira, 2016; Noble, 2020).

A radioterapia é o tratamento mais indicado (90% dos casos), este revela melhorias em 45% a 60% dos casos. Quando associada a um diagnóstico precoce, a radioterapia pode ser reverter a paraplegia em 11 a 21% dos casos (Noble, 2020).

Relativamente ao prognóstico, Porta et al. (2005), refere que a taxa de sobrevivência está relacionada com a capacidade de deambulação pós-tratamento (2 a 4 meses em casos de paraplegia e 8 – 12 meses em casos em que caminham) e no tempo de intervalo entre o diagnóstico da doença e o aparecimento da compressão medular.

### *1.1.2. Crises Convulsivas*

As crises convulsivas (CC) são modificações abruptas da atividade cortical elétrica que se manifesta clinicamente por uma alteração do estado de consciência. As convulsões podem ter várias causas quando relacionadas com doença oncológica avançada, causas estas que incluem metástases cerebrais e distúrbios metabólicos (ex.: hipercalcemia e hiponatremia) (Noble, 2020; Porta et al., 2005).

A classificação das CC, depende do nível de consciência da pessoa durante a crise e das alterações do eletroencefalograma (EEG), e categorizam-se de quatro formas distintas (Gonçalves & Oliveira, 2016):

- **Crises focais simples**, que não alteram o nível de consciência e têm origem numa área específica do sistema nervoso central (SNC);

- **Crises complexas** que podem ser ausências (pequeno mal), típicas da infância, ou parciais, estas podem durar várias horas, e a pessoa pode apresentar como sintomas sonolência, cefaleias ou *dellirium*;

- **Crises generalizadas tónico-clónicas** (grande mal), levam a uma súbita perda de consciência, seguida por contrações musculares difusas, cianose, mioclonias e fasciculações musculares.

Às CC sucessivas, sem recuperação do estado de consciência, com uma duração maior que o habitual, de acordo com Gonçalves e Oliveira (2016), dá-se o nome de **Estado de Mal Epilético** (EME). É considerado uma emergência médica pelo alto risco de sequelas neurológicas e 30% de mortalidade no adulto.

### 1.1.3. *Dellirium*

O *dellirium* é um sintoma comum em Cuidados Paliativos. Entre 30% a 48% das pessoas em necessidade de Cuidados Paliativos apresentam *dellirium* no momento do internamento, valor que aumenta para os 88% em pessoas em últimos dias de vida. Entre 33% a 66% dos casos de *dellirium* são erradamente diagnosticados e tratados (Barbosa et al., 2016).

Os fatores desencadeantes do *dellirium* variam entre: alterações metabólicas, intoxicação por fármacos, abstinência de drogas/fármacos, infeções e doenças neurológicas. Os fatores precipitantes do *dellirium* nos idosos incluem também a idade avançada e o envelhecimento cerebral (Barbosa et al., 2016).

A frequência dos sintomas do *dellirium* varia entre: défices de atenção (97% a 100%); alterações na orientação espaço-temporal (76% a 96%); alterações na memória (88% a 96%); alterações no ritmo sono-vigilância (92% a 97%); transtornos do comportamento psicomotor (24% a 94%); alterações na comunicação (57% e 67%); alucinações (21% a 31%); e alterações nos relacionamento afetivos (43% a 86%)(Bramati & Bruera, 2021; Porta et al., 2005).

O diagnóstico do *dellirium* é exclusivamente clínico. Os critérios utilizados no diagnóstico do *delirium* são os padronizados pela *Diagnostic and Statistical Manual of*

*Mental Disorders* (DMS-5) e pela *International Classification of Diseases* (ICD-11) (Porta et al., 2005).

A avaliação da pessoa com *dellirium* compreende três aspetos fundamentais (Barbosa et al., 2016):

1. **Estado Físico:** História clínica, observação física e neurológica, sinais de toxicidade opioide;
2. **Estado Mental:** Uso de instrumento de rastreio de perturbações cognitivas;
3. **Exames Complementares de Diagnóstico:** analítica ao sangue e urina, RX, ECG, gasometria, punção lombar, etc.

O *dellirium* é caracterizado em três subtipos: **hiperativo** (um aumento do estado de alerta, agitação, alucinações e ilusões); **hipoativo** (estado de confusão, prostração, lentificação e isolamento); e, em 66% das ocorrências, **misto** (alterna entre períodos de hiper/hipoatividade). As flutuações entre a sintomatologia apresentada traduz-se em momentos de lucidez, que ao coincidir com a avaliação médica podem resultar em diagnósticos imprecisos (Bramati & Bruera, 2021; Gonçalves & Oliveira, 2016).

O diagnóstico rápido do *dellirium* permite uma abordagem holística ao problema, tratar os sintomas, educar os familiares sobre a natureza do *dellirium* e, por último, intervir nos fatores precipitantes. Nas situações em que o *dellirium* não pode ser tratado, deverá ser considerada a sedação paliativa (Porta et al., 2005).

#### 1.1.4. *Distúrbios Metabólicos – Hipercalcemia*

A hipercalcemia, definida por níveis séricos de cálcio iónico > 2,54 mmol/L, ocorre em 10% a 30% das pessoas com cancro avançado, percentagem esta que aumenta para 40% em pessoas com mieloma ou cancro da mama metastizado, no entanto é mais comum em pessoas com metástases ósseas (80% dos casos) (Noble, 2020; Porta et al., 2005).

Os sinais e sintomas da hipercalcemia são não específicos de apresentação gradual, que variam desde o assintomático até ao estado comatoso. As manifestações clínicas da hipercalcemia mais comuns no (López & Moralo, 2019; Porta et al., 2005):

- **Sistema Nervoso:** letargia, alterações comportamentais, fraqueza muscular e diminuição dos reflexos;

- **Sistema Urinário:** poliúria, nictúria, nefrolitíase, nefrocalcinose;
- **Sistema Gastrointestinal:** obstipação, náuseas, vômitos, anorexia, pancreatite;
- **Sistema Cardiovascular:** hipertensão arterial, diminuição do intervalo QT, arritmias cardíacas, calcificação vascular.

O tratamento da hipercalemia varia consoante a gravidade da mesma. A **hipercalcemia leve assintomática** ou **pouco sintomática** ( $\text{Ca} < 3 \text{ mmol/L}$ ), não requer tratamento imediato. A **hipercalcemia moderada assintomática** ou **pouco sintomática** ( $3 \text{ mmol/L} < \text{Ca} < 3,5 \text{ mmol/L}$ ), pode não requerer tratamento imediato, no entanto deverá ser vigiada. Os indivíduos que apresentam **hipercalcemia moderada sintomática** ( $\text{Ca} > 14 \text{ mmol/L}$ ) devem ser tratados imediatamente e agressivamente, através de hidratação com soro fisiológico seguida de diuréticos da ansa e administração de calcitonina e bifosfonatos (López & Moralo, 2019).

O tratamento mais comum em hipercalemia na pessoa com doença oncológica, segundo López e Moralo (2019), é o ácido zoledrónico (Zometa). Este tem como efeitos secundários sintomatologia gripal, inflamação ocular, alteração da função renal, fraturas atípicas do fémur e osteonecrose da mandíbula.

A alteração dos níveis de cálcio está associada com a disseminação da doença e prognóstico grave, pese embora o tratamento seja eficaz, a expectativa de sobrevivência é inferior a três meses. Em Cuidados Paliativos, o foco do tratamento da hipercalemia é o aumento da qualidade de vida e melhor controlo sintomático (López & Moralo, 2019; Porta et al., 2005).

#### *1.1.5. Hemorragias e Asfíxia*

A hemorragia, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), pode ser definida como “perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar” (CIE, 2019).

Cancros localizados perto de artérias de maior porte, como por exemplo cancro do pulmão invasivos da aorta, cancros da cabeça e pescoço, em especial os que já foram submetidos a radioterapia, cancros gastrointestinais e tumores ginecológicos, tem maior risco de hemorragia ((Noble, 2020).

Os principais sinais e sintomas de uma hemorragia ativa que levam a hipovolémia e hipóxia consistem em astenia, estupor, irritabilidade, pele fria e húmida, que agravam consoante o aumento da perda de sangue (Miguel & Frade, 2019).

A hemorragia terminal massiva, também denominada hemorragia arterial major, em pessoas cujo tratamento não é possível ou apropriado, causará a morte em poucos minutos, devido à perda de cerca de 1,5 L em 30 segundos. Esta é frequentemente precedida de hemorragias menores, normalmente associadas à erosão da parede da artéria (ex.: hematémeses e hemoptises) A hemoptise massiva terminal constitui uma emergência em CP, uma vez que leva à morte da pessoa por asfixia, num curto espaço de tempo (Gonçalves & Oliveira, 2016).

A asfixia, de acordo com Gonçalves e Oliveira (2016), pode resultar da obstrução das grandes vias aéreas por crescimento tumoral, edema, compressão extrínseca ou hemorragia. Os sintomas mais comuns são os sibilos, estridor e dispneia progressiva. Quando se trata de uma sufocação alta, deve ser discutida a possibilidade de uma traqueostomia de urgência ou em alternativa de sedação paliativa.

#### *1.1.6. Síndrome da Veia Cava Superior*

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) resulta de uma compressão extrínseca (ex.: compressão tumoral) ou obstrução da veia cava superior, devido a patologias que afetem o pulmão direito, gânglios linfáticos ou outras estruturas mediastínicas (López & Moralo, 2019).

A SVCS é comum em casos de cancro dos pulmões, 80% dos casos são especificamente cancros das pequenas células dos pulmões e de linfomas de não Hodgkins. A SVCS pode ter causas não malignas como trombozes associadas a cateteres venosos centrais (CVC) e mediastinites fibrosas (Hohloch et al., 2014; López & Moralo, 2019; Noble, 2020).

A sintomatologia da SVCS, que permitem o seu diagnóstico, estão relacionados com o grau de obstrução e localização da mesma. Os principais sinais são a dispneia, tosse, disfagia e dor torácica, que aumenta quando o se encontra em decúbito dorsal (López & Moralo, 2019).

Os sintomas mais comuns da SVCS são edema da face (82% dos casos) e braços (46% dos casos), exacerbação do tamanho do pescoço (63% dos casos) e veias do peito

(53% dos casos). Em casos mais severos, pode surgir edema cerebral, episódios de confusão/desorientação e coma (Hohloch et al., 2014; López & Moralo, 2019).

Os exames auxiliares de diagnóstico, como o Rx Tórax e a TAC, são essenciais no diagnóstico, e prática recorrente para a planificação de tratamento. O alívio sintomático pode ser conseguido através de quimioterapia, radioterapia ou uma combinação das duas, quando a causa da compressão for tumoral. Em casos onde a obstrução é resultante de um tromboembolismo, é recomendado trombólise, no entanto deve ser sempre considerado o risco hemorrágico (Hohloch et al., 2014; Noble, 2020).

## **2. O ATO DE PALIAR – UM PARADIGMA PARA A QUALIDADE DE CUIDADOS**

A Base 28 da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, define o enfermeiro como o profissional de saúde habilitado a realizar intervenções autónomas e, ou, interdependentes de enfermagem, em todos os seus domínios, como a prestação de cuidados a indivíduos, familiares, grupos e comunidades, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

Com base neste pressuposto, foi definido pelo Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho, o Ato de Enfermagem como:

“avaliação diagnóstica e prognóstica, na prescrição, na execução e avaliação dos resultados das intervenções, técnicas e medidas terapêuticas de enfermagem, relativas à prevenção, promoção, manutenção, reabilitação, palição e recuperação das pessoas, grupos ou comunidades, no respeito pelos valores éticos e deontológicos da profissão.” (p. 181).

Dentro das áreas de intervenção da enfermagem, a necessidade de paliar é muitas vezes adiada não só pelo desconforto psicológico causado a pessoa e à família, mas também pela associação que o próprio profissional faz ao seu insucesso e fracasso. O conceito de Paliar é ainda erradamente entendido como a última linha de intervenção.

Desta forma, no seguimento da definição proposta por Oliveira e Albuquerque (2022), assume-se como definição do conceito do Ato de Paliar, a perspetiva da OE, como a seguir se coloca: “conjunto de procedimentos, inserido no contexto e conceito de ato de

enfermagem (Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho), e que diz respeito a todas as interações autónomas ou interdependentes, em contexto de Cuidados Paliativos”.

A perspetiva subjacente a esta definição é de que o Ato de Paliar não se esgota apenas e só no objetivo de atenuar ou aliviar, mas em algumas circunstâncias contribuir para a melhoria condição saúde da pessoa em situação paliativa. Esta conceptualização tem como finalidade uma melhor gestão das expetativas, tanto como do próprio, como da família.

O Ato de Paliar, como referido anteriormente, deve ser iniciado aquando do diagnóstico da doença (oncológica ou não oncológica), simultaneamente poderão ser aplicadas medidas curativas. À medida que a doença progrida, os tratamentos curativos serão diminuídos e os cuidados passarão a ser exclusivamente paliativos (López & Moralo, 2019).

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, permitem antecipar possíveis complicações de forma precoce e garantir que as intervenções planeadas ocorram de maneira eficiente e oportuna. Cuidar de pessoas que enfrentam doenças graves ou falência orgânica e oferecer apoio às suas famílias e cuidadores são habilidades cruciais que fazem parte do conjunto de competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

**CAPÍTULO II**  
**ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

## **1. METODOLOGIA**

Com base no enquadramento teórico, serão neste capítulo descritos os procedimentos metodológicos, que compreendem os métodos nos quais se insere, o tipo de estudo, a amostra, o instrumento de recolha de dados, as variáveis, os procedimentos éticos e os procedimentos estatísticos.

O presente estudo visa responder à seguinte questão de investigação: “Quais as variáveis consideradas determinantes em episódios de Emergência Clínica, em Cuidados Paliativos?”. O objetivo geral do estudo é: analisar a tipologia de Emergência em Cuidados Paliativos e conhecer as variáveis que determinam esses episódios.

Parte-se deste objetivo geral, se definir os seguintes objetivos específicos:

1. Conhecer as variáveis sociodemográficas da população que viveu episódios de Emergência Clínica Paliativa, na Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal.

2. Conhecer as variáveis clínicas da população que viveu episódios de Emergência Clínica Paliativa, na Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal.

2.1. Reconhecer as variáveis indutoras de episódios de Emergência clínica Paliativa, numa Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal.

3. Conhecer/analisar os episódios de Emergência Clínica Paliativa, na Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal.

4. Conhecer as variáveis de contexto cuidativo da população que viveu episódios de Emergência Clínica Paliativa, na Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal.

### **1.1. Tipo de Estudo**

De modo a responder aos objetivos inicialmente propostos, foi realizado um estudo retrospectivo, analítico transversal, quantitativo e descritivo. Os estudos analítico-transversais procuram conhecer as variáveis de determinados fenómenos, de maneira a explicar os resultados através da análise da correlação entre variáveis, num momento único ou intervalo de tempo restrito (Vilelas, 2020).

### **1.2. População e Amostra**

A população definida para o presente estudo são todas as pessoas internadas em UCP em Portugal. Foi utilizada uma técnica de amostragem não probabilística para a

obtenção de uma amostra sequencial, vulgo “amostra de conveniência”, que embora possua as suas limitações como a falta de representatividade e à possibilidade de vieses, para o presente estudo apresenta-se como a mais vantajosa forma de amostragem, dado o fácil acesso à informação necessária para o presente estudo.

Foram admitidos ao estudo todas as pessoas internadas na UCP da ULSNE, no período temporal de 12 meses (janeiro de 2021 a dezembro de 2021). Foi obtida uma amostra de 286 pessoas internadas, e devido à recorrência de internamentos no serviço, foram obtidos 360 episódios de internamentos.

### **1.3. Instrumento de Recolha de Dados**

O formulário que constitui o instrumento de recolha de dados (IRD), o “*Inventário das variáveis de contexto no ato de paliar, em Emergências em Cuidados Paliativos*” (**Anexo 1**), foi concebido e elaborado pela equipa desta investigação.

Inseres as variáveis, emergentes de construto e da reflexão a partir da experiência laboral, e que em conjunto foram consideradas as variáveis pertinentes para concretizar os objetivos específicos acima enunciados. Designadamente, estabelecer relações de causa e efeito entre os episódios de Emergência Clínica e as variáveis que os despoletaram e outrossim a retirada de contributos para melhorar a prática de paliar. A elaboração de IRD beneficiou dos contributos da revisão da literatura efetuada.

### **1.4. Variáveis em Estudo**

A variável dependente do presente estudo, é o conjunto das Emergências Clínicas em Cuidados Paliativos, aqui consideradas prevalentes. Como referido no enquadramento teórico estas são: a compressão medular e fraturas patológicas dos membros; crises convulsivas; *dellirium*; distúrbios metabólicos (hipercalcemia); hemorragia e asfixia; e síndrome da veia cava superior.

As variáveis independentes do estudo, recolhidas através do IRD, foram divididas em três grupos, para melhor organização e compreensão.

#### **Variáveis sociodemográficas**

Género (feminino, masculino); Idade (anos); Estado civil (solteiro, casado/união de facto, viúvo, divorciado); Testamento vital (sim; não); Circunstâncias testamentárias

(sim, não); N.º de Filhos; N.º de Filhos Menores/Dependentes; Localidade de residência (concelhos do distrito de Bragança, outro); Circunstâncias de habitabilidade (domicílio, ERPI, UCC, Sozinho); Pessoa de referência (Filho/a, cônjuge; pai/mãe, irmã/o, neto/a, sobrinho/a, genro/nora, cunhado/a, primo/a, responsável legal).

### **Variáveis clínicas**

Diagnóstico (neoplasia maligna cérebro e SNC; neoplasia maligna cabeça-pescoço; neoplasia maligna da mama; neoplasia maligna do pulmão; neoplasia maligna do estômago; neoplasia maligna do pâncreas, fígado e vias biliares; neoplasia maligna do sistema urinário; neoplasia maligna da próstata; neoplasia maligna dos órgãos reprodutores femininos; neoplasia maligna do intestino; neoplasia maligna da pele; insuficiência orgânica; doenças neurodegenerativas; doenças infecciosas; feridas e úlceras de pressão; outras neoplasia malignas; outros diagnósticos não neoplásicos); Local de Metastização (muscular, pulmonar/mediastínica, cerebral/SNC, faringe/laringe, cervical, peritoneal/intestinal, uterina/ovário, bexiga, ganglionar, óssea, hepática); Ostomias (não, traqueostomias, ostomias do sistema urinário; ostomias do sistema digestivo); Cateterizações (não, central, vesical); Hábitos sociais e de risco (Álcool, Tabaco, Drogas); Presença de Emergências Clínicas (sim, não); Tipologia de Emergências Clínicas Paliativas (compressão medular e fratura patológica, crises convulsivas, *dellirium*, hemorragia e asfixia, hipercalcemia, síndrome da veia cava superior); Necessidade de sedação paliativa (sim, não); Óbitos (sim, não).

### **Variáveis de contexto cuidativo**

Proveniência (Consulta de Cuidados Paliativos, domicílio, serviço de internamento hospitalar, serviço de urgência, ERPI, UCC; família de acolhimento); Mês admissão (meses do ano); Motivo de internamento (exaustão do cuidador, reorganização de cuidados, agravamento do estado geral, Emergência Clínica Paliativa, situação de últimos dias de vida, medidas de conforto, controlo sintomático); Duração do internamento (dias); Recorrência de internamentos; Sintomas descontrolados à admissão (dor, febre, descontrolo analítico, prostração, agitação psicomotora, dispneia, tosse, astenia, obstipação/oclusão intestinal, anorexia/caquexia, ascite, anasarca/edemas, disfagia, náuseas/vómitos, diarreia, ulcerações); Óbito no internamento (sim, não); Resolução social (domicílio, serviço de internamento hospitalar, ERPI, ULMD, UMDR,

família de acolhimento), valor da *Palliative Performance Scale* (PPS) no momento da admissão e da alta.

Todas as variáveis analisadas são quantitativas nominais, à exceção da idade, n.º de filhos, n.º de filhos menores/dependentes; duração do internamento (dias), recorrência de internamentos e o valor da *Palliative Performance Scale* (PPS) no momento da admissão e da alta, que são variáveis quantitativas discretas.

### **1.5. Procedimentos de Recolha de Dados e Considerações Éticas**

No decorrer da realização do presente estudo de investigação, foi elaborado um pedido de autorização para recolha de dados à diretora do Departamento de Cuidados Continuados e Paliativos da ULSNE e à Comissão de Ética da ULSNE, com aval positivo posteriormente (Anexo II e Anexo III).

Relativamente à recolha de dados, a diretora do Departamento de Cuidados Continuados e Paliativos da ULSNE, foi a ponte entre o acesso direto aos processos clínicos das respetivas pessoas internadas na UCP e a recolha de dados pela investigadora.

Durante a recolha foi tomada em consideração a confidencialidade e a proteção de dados das pessoas em situação paliativa internadas na UCP.

### **1.6. Procedimentos de Análise de Dados**

Após a recolha de dados, os mesmos foram inseridos numa base de dados no programa estatístico IBM – *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) ®, versão 29.0 para MacOS. A análise dos mesmos foi realizada com recurso à estatística descritiva e inferencial.

Em relação à estatística descritiva, foram determinadas as frequências absolutas (n) e percentuais (%), Medidas de tendência central: média ( $\bar{X}$ ), Medidas de dispersão: desvio padrão (Dp).

Na análise inferencial, é comum utilizar tanto estatística paramétrica quanto não paramétrica, a decisão sobre o tipo de estatística a ser utilizada depende da natureza dos dados e dos pressupostos do estudo. Um dos testes não paramétricos utilizados é o Teste do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), que é aplicado quando se deseja estudar a relação entre variáveis nominais com duas ou mais categorias. Esse teste compara as frequências observadas

com as que seriam esperadas em uma situação de independência entre as variáveis para inferir sobre a relação existente entre elas.

Se as diferenças entre os valores observados e esperados não forem consideradas significativamente diferentes, o valor do teste estará na região de aceitação, que indica que as variáveis são independentes. Por outro lado, se as diferenças forem consideradas significativas, rejeita-se a hipótese de independência, ou seja, as variáveis não são independentes, e o valor do teste estará na região crítica (Pestana & Gageiro, 2014).

Entretanto, é importante observar que o Teste do Qui-Quadrado tem algumas restrições em relação ao número de células com frequências esperadas menores do que 5. Para garantir a validade do teste, é recomendado que, no máximo, 20% das células tenham frequências esperadas inferiores a 5. Se esse limite for ultrapassado, especialmente em tabelas de 2x2, é mais apropriado utilizar o teste de Fisher (Marôco, 2014).

O Teste U de Mann Whitney é um teste não paramétrico alternativo ao Teste t-Student para amostras independentes, quando os critérios de robustez deste teste não são válidos, designadamente não seguirem a normalidade da distribuição (Marôco, 2014), o que permite verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos (Pestana & Gageiro, 2020).

Relativamente à análise multifatorial, com vista a identificar as variáveis que mais contribuem para a ocorrência de Emergência Clínica, procedeu-se à realização de uma regressão logística binária (análise multivariada), na procura de ajustar um modelo que identifique quais as variáveis (independentes) que afetam a ocorrência de Emergências Clínicas e que seja capaz de medir a magnitude do efeito destas variáveis nas Emergências Clínicas (variável dependente binária).

Foram inicialmente introduzidas no modelo todas as variáveis com significado estatístico identificadas na etapa anterior. De seguida utilizou-se o método Enter, de forma a eliminar do modelo as variáveis sem significado estatístico. A qualidade do modelo final foi aferida pelo teste de Omnibus, que se assegura de que o coeficiente do modelo tem um efeito significativo relativamente à variável dependente, e pelo teste de Hosmer e Lemeshow, que indica a boa qualidade do ajuste.

Para a apresentação dos resultados, recorreu-se a tabelas para uma organização clara e concisa dos mesmos.

## **2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

No presente estudo de investigação foram analisados um total de 286 processos clínicos individuais, que correspondem a 360 episódios de internamento na UCP de Macedo de Cavaleiros. Para a relevância do estudo, o foco será o número total de episódios de internamento.

### **2.1. Análise Descritiva da Amostra em Estudo**

#### **Caracterização Sociodemográfica da Amostra**

Importa referir que o conhecimento amostral a este nível, - e por razões que respeitam ao objeto de estudo e as respetivas consequências para os seres humanos que deram substância aos dados secundários colhidos - diz respeito a uma circunstância cronológica que não se integra no tempo presente. Assim, e para dar resposta ao primeiro objetivo formulado, pela observação da Tabela 1, verifica-se que os 223 utentes que constituíram a maioria amostral, estavam assinalados como sendo do sexo masculino (61,9%), e que os restantes 137, estavam assinalados como sendo do sexo feminino. Em relação ao estado civil, a maioria da amostra global expandia-se por duas tipologias: 179 utentes, que correspondiam a 49,7% da amostra total, estavam assinalados como Casados ou em União de Facto, seguido pelo grupo de Viúvos, que identificava 118 utentes, e que correspondia a 32,8% da amostra. Como grupos minoritários a este nível, apresentam-se 45 solteiros, que correspondem a 12,5% da amostra, seguidos pelo grupo dos Divorciados, com 18 referências, que correspondem a 4,5% da amostra. Quanto à localidade de residência, a maioria dos indivíduos é de Bragança (25,2%), seguido de Macedo de Cavaleiros com 22,7%. Todos os indivíduos “observados em dados secundários”, não apresentavam declaração de ter testamento vital, e a maioria (95,4%) não tem circunstância testamentária declarada. Relativamente às circunstâncias de habitabilidade, a maioria (75,3%) reside em domicílio próprio, enquanto 15,5% vivem em Estabelecimentos Residenciais Para Idosos (ERPI). A maioria dos indivíduos da amostra tem um filho/a como pessoa de referência (46,9%), seguido pelo cônjuge (29,4%). Apenas 1,4% dos indivíduos têm um responsável legal, como pessoa de referência. Por fim, à data da recolha de dados, a maioria dos indivíduos na amostra (80,1%) teria falecidos, enquanto 19,9% ainda se encontravam vivos.

*Tabela 1 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis sociodemográficas e contextuais da amostra em estudo*

		N	%
<b>Sexo</b>	Masculino	223	61,9
	Feminino	137	38,1
<b>Estado Civil</b>	Casado/União de Facto	179	49,7
	Viúvo	118	32,8
	Solteiro	45	12,5
	Divorciado	18	5
<b>Localidade de Residência</b>	Bragança	95	26,4
	Macedo de Cavaleiros	80	22,2
	Mirandela	51	14,2
	Vinhais	28	7,8
	Torre de Moncorvo	23	6,4
	Alfândega da Fé	17	4,7
	Miranda do Douro	16	4,4
	Carraceda de Ansiães	15	4,2
	Vimioso	11	3,1
	Mogadouro	9	2,5
	Vila Flor	9	2,5
	Freixo de Espada à Cinta	5	1,4
	Outro	1	0,3
<b>Testamento Vital</b>	Não	360	100
	Sim	0	0
<b>Circunstâncias Testamentárias</b>	Não	344	95,6
	Sim	16	4,4
<b>Circunstâncias de Habitabilidade</b>	Domicílio	272	75,6
	ERPI	49	13,6
	Sozinho	31	8,6
	UCC	8	2,2
<b>Pessoa de Referência</b>	Filho/a	162	45,1
	Conjuge	109	30,4
	Irmã/o	31	8,6
	Neto/a	19	5,3
	Sobrinho/a	16	4,5
	Pai/Mãe	7	1,9
	Genro/Nora	6	1,7
	Responsável Legal	5	1,4
	Cunhado/a	2	0,6
	Primo/a	2	0,6
<b>Óbito</b>	Sim	293	81,4
	Não	67	18,6

Nota: n= frequência absoluta; % = frequência relativa

Verificou-se (Tabela 2) em registros, que a média etária da amostra é de 75,3 anos de idade, com variação mínimo máxima entre 28 e 101 anos. Os registros revelaram que os indivíduos da amostra têm, em média 1,6 filhos, que variar entre 0 aos 10 filhos, na sua maioria, maiores de idade, ou sem qualquer grau de dependência.

*Tabela 2 – Valores descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas e contexto cuidativo continuas*

	N	Médias ± Dp	Mínimo	Máximo
<b>Idade</b>	360	75,3±13,6	28	101
<b>N.º de Filhos</b>	359	1,6±1,3	0	10
<b>N.º de Filhos Dependentes</b>	316	0,0±0,3	0	2

Nota: n= frequência absoluta; Dp = desvio padrão

### Caracterização Clínica

Verificaram-se (Tabela 3) 17 tipos de diagnóstico registrados, que abrange desde várias neoplasias malignas até outras doenças não neoplásicas, como a insuficiência orgânica. Destaca-se que o diagnóstico mais prevalente é a neoplasia maligna do intestino, com um total de 48 casos, que representa 13,3% do total.

*Tabela 3 – Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis clínicas associadas ao diagnóstico da amostra em estudo*

	N	%
Neoplasia Maligna do Intestino	48	13,3
Neoplasia Maligna do Pâncreas, Fígado e Vias Biliares	37	10,3
Neoplasia Maligna da Próstata	33	9,2
Neoplasia Maligna da Cabeça-Pescoço	31	8,6
Neoplasia Maligna do Estômago	24	6,7
Outras Neoplasias Malignas	22	6,1
Neoplasia Maligna do Sistema Urinário	21	5,8
Insuficiência Orgânica (ex.: Cardíaca, respiratória, etc.)	21	5,8
<b>Diagnóstico</b> Doenças Neurodegenerativas	21	5,8
Neoplasia Maligna da Mama	18	5,0
Neoplasia Maligna do Pulmão	18	5,0
Doenças infecciosas	18	5,0
Outros Diagnósticos Não Neoplásicos	17	4,7
Neoplasia Maligna do Sistema Reprodutor Feminino	10	2,8
Neoplasia Maligna da Pele	9	2,5
Feridas/Úlceras de Pressão	8	2,2
Neoplasia Maligna do Cérebro e SNC	4	1,1

Observa-se (Tabela 4), que a maioria dos indivíduos não possui metástases. No entanto, dentro do grupo que apresenta metástase, observou-se que a maioria das metástases ocorre nos pulmões, que afeta 13,3% dos indivíduos com neoplasias malignas. Além disso, as metástases hepáticas e ganglionares também têm uma prevalência significativa, que atinge 12,8% e 8,9% dos indivíduos, respectivamente.

*Tabela 4 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis clínicas associadas à metastização da amostra em estudo*

		N	%
<b>Metástases Pulmonar/Mediastínica</b>	Não	312	86,7
	Sim	48	13,3
<b>Metástases Hepáticas</b>	Não	314	87,2
	Sim	46	12,8
<b>Metástases Ganglionares</b>	Não	328	91,1
	Sim	32	8,9
<b>Metástases Óssea</b>	Não	331	91,9
	Sim	29	8,1
<b>Metástases Cerebrais/Sistema Nervoso Central</b>	Não	346	96,1
	Sim	14	3,9
<b>Metástases Peritoneal/Intestinal</b>	Não	349	96,9
	Sim	11	3,1
<b>Metástases Cervicais</b>	Não	357	99,2
	Sim	3	0,8
<b>Metástases Bexiga</b>	Não	357	99,2
	Sim	3	0,8
<b>Metástases Musculares</b>	Não	358	99,4
	Sim	2	0,6
<b>Metástases Uterina/Ovária</b>	Não	358	99,4
	Sim	2	0,6
<b>Metástases da Faringe/Laringe</b>	Não	359	99,7
	Sim	1	0,3

Nota: N= frequência absoluta; % = frequência relativa

Verifica-se (Tabela 5) que a maioria dos pacientes (78,6%) não fuma tabaco, nem consome álcool (82,2%). Relativamente ao consumo de drogas ilegais, apenas 1,1% dos indivíduos apresentam consumos.

**Tabela 5 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis clínicas associadas ao "hábitos sociais e de risco" da amostra em estudo**

		N	%
<b>Tabaco</b>	Não	283	78,6
	Sim	77	21,4
<b>Álcool</b>	Não	296	82,2
	Sim	64	17,8
<b>Drogas Ilegais</b>	Não	356	98,9
	Sim	4	1,41

Nota: n= frequência absoluta; % = frequência relativa

Observa-se (Tabela 6), que apenas 13,4% da população amostral apresenta ostomias. As mais comuns são as ostomias do sistema digestivo (ex.: colostomias) (n=24), as traqueostomias (n=13) e as ostomias do sistema urinário (ex.: nefrostomias, citostomias) (n=11), apresentam valores próximos de ocorrência. Relativamente à presença de cateteres, estavam presentes em 33,6% dos episódios observados, sendo o mais comum o cateter vesical (n=85).

**Tabela 6 - Apresentação dos valores absolutos e relativos, das variáveis clínicas associadas à "presença de ostomias" da amostra em estudo**

		N	%
<b>Ostomias</b>	Não	312	86,7
	Ostomias do Sistemas Digestivo	24	6,7
	Traqueostomias	13	3,6
	Ostomias do Sistema Urinário	11	3,1
<b>Cateter</b>	Não	239	66,4
	Vesical	85	23,6
	Central	36	10

Nota: n= frequência absoluta; % = frequência relativa

Com base na análise da Tabela 7, foi verificado que nos 360 episódios de internamento na UCP, ocorreram 74 episódios de Emergências Clínicas (20,6%). Com maior prevalência encontramos os episódios hemorrágicos (n=40), seguido de episódios de *dellirium* (n=17). A Emergência Clínica que é referenciada nos episódios de internamento como a emergência menos prevalente é a síndrome da veia cava superior (n=1).

**Tabela 7 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis clínicas "tipologia de emergências clínicas" da amostra em estudo**

		N	%	
<b>Emergência Clínica</b>	Hemorragia	Não	34	45,9
		Sim	40	54,1
	<i>Dellirium</i>	Não	57	77,0
		Sim	17	23,0
	Fratura Patológica/Compressão Medular	Não	65	87,8
		Sim	9	12,2
	Crise Convulsiva	Não	70	94,6
		Sim	4	5,4
	Hipercalcemia	Não	70	94,6
		Sim	4	5,4
	Síndrome da Veia Cava Superior	Não	73	98,6
		Sim	1	1,4

Nota: n= frequência absoluta; % = frequência relativa

De acordo com a análise da Tabela 8, a grande maioria da amostra em estudo (n=347), não tinha referenciado no seu episódio de internamento a necessidade de sedação paliativa. Apenas em 13 episódios de internamento foi referenciada a necessidade de Sedação Paliativa.

**Tabela 8 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis clínicas "necessidade de sedação paliativa" da amostra em estudo**

		N	%
<b>Sedação Paliativa</b>	Não	347	96,4
	Sim	13	3,6

Nota: n= frequência absoluta; % = frequência relativa

### **Caracterização das Variáveis de Contexto Cuidativo**

De acordo com a análise da Tabela 9, é possível constatar que a recorrência de internamentos é, em média, de 1,7 internamentos, com uma variação entre 1 internamento, como valor mínimo, a 7 internamentos, como valor máximo por cada indivíduo na população amostral. A duração dos episódios de internamentos é, em média, de 10,38 dias, como uma variação entre 1 dia, como valor mínimo, e 46 dias, como valor máximo.

*Tabela 9 - Estatística descritiva das variáveis de contexto cuidativo continuas*

	N	Médias±Dp	Mínimo	Máximo
<b>N.º Total de Internamentos</b>	360	1,7±1,0	1	7
<b>Duração dos Internamentos (Dias)</b>	359	9,7±8,2	1	46

Nota: n= frequência absoluta; Dp = desvio padrão

Com base no construto teórico, verificamos a existência de um total de 7 motivos pelos quais as pessoas são admitidos no internamento de Cuidados Paliativos. De acordo com os dados apresentados na Tabela 10, o “controlo sintomático” é motivo mais comum de internamento (n=130), seguido de “agravamento do estado geral” (n=61) e “emergência paliativa” (n=59). O motivo menos recorrente para o internamento na UCP é “exaustão do cuidador” (n=27).

*Tabela 10 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis de contexto cuidativo "motivo de admissão à UCP" da amostra em estudo*

		N	%
<b>Controlo Sintomático</b>	Não	230	63,9
	Sim	130	36,1
<b>Agravamento do Estado Geral</b>	Não	299	83,1
	Sim	61	16,9
<b>Emergência Paliativa</b>	Não	301	83,6
	Sim	59	16,4
<b>Situação de Últimos Dias</b>	Não	312	86,7
	Sim	48	13,3
<b>Reorganização de Cuidados</b>	Não	324	90,0
	Sim	36	10,0
<b>Medidas de Conforto</b>	Não	324	90,0
	Sim	36	10,0
<b>Exaustão do Cuidador</b>	Não	333	92,5
	Sim	27	7,5

Nota: n= frequência absoluta; % = frequência relativa

Os sintomas que, aquando do internamento na UCP, se encontrava descontrolado são apresentados na Tabela 11. O sintoma que se apresentavam menos controlado à admissão era a dor (n=53), seguido por dispneia (n=16) e astenia (n=16). O sintoma ansiedade (n=0), obstipação/oclusão intestinal (n=1) e úlceras (n=1) são os sintomas menos referenciados com descontrolados no momento da admissão no internamento da UCP.

*Tabela 11 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis de contexto cuidativo "sintomas descontrolados à admissão" da amostra em estudo*

		N	%
<b>Dor</b>	Não	77	59,2
	Sim	53	40,8
<b>Dispneia</b>	Não	114	87,7
	Sim	16	12,3
<b>Astenia</b>	Não	114	98,5
	Sim	16	1,5
<b>Naúseas/Vômitos</b>	Não	118	90,8
	Sim	12	9,2
<b>Prostração</b>	Não	120	92,3
	Sim	10	7,7
<b>Tosse</b>	Não	120	92,3
	Sim	10	7,7
<b>Anasarca/Edemas</b>	Não	120	99,2
	Sim	10	0,8
<b>Febre</b>	Não	123	94,6
	Sim	7	5,4
<b>Agitação Psicomotora</b>	Não	124	95,4
	Sim	6	4,6
<b>Disfagia</b>	Não	125	96,2
	Sim	5	3,8
<b>Ascite</b>	Não	126	96,9
	Sim	4	3,1
<b>Descontrole Analítico</b>	Não	126	96,9
	Sim	4	3,1
<b>Diarreias</b>	Não	127	97,7
	Sim	3	2,3
<b>Anorexia/Caquexia</b>	Não	128	98,5
	Sim	2	1,5
<b>Obstipação/Oclusão Intestinal</b>	Não	129	92,3
	Sim	1	7,7
<b>Úlceras (Pressão, varicosas, etc.)</b>	Não	129	92,3
	Sim	1	7,7
<b>Ansiedade</b>	Não	130	100
	Sim	0	0,0

Nota: n= frequência absoluta; % = frequência relativa

A maioria dos pacientes (63,66%) admitidos à UCP são provenientes de serviços hospitalares, como Serviços de Urgências (SU) (23,3%) e serviços de internamento hospital (30,3%) (ex.: Serviços de Medicina Interna). 23,3% dos indivíduos vem dos domicílios (Tabela 12).

Da totalidade de episódios de internamento no ano de 2021, 53,9% dos indivíduos faleceram durante o internamento. Dos restantes 46,1%, a maioria dos pacientes (55,7%) teve alta para o domicílio.

*Tabela 12 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis de contexto cuidativo da amostra em estudo*

	N	%	
<b>Proveniência</b>	Serviço de Internamento Hospitalar	109	30,3
	Domicílio	108	30,0
	Serviço de Urgências	84	23,3
	Consulta de Paliativos	39	10,8
	ERPI	12	3,3
	UCC	6	1,7
	Família de Acolhimento	2	0,6
<b>Óbito no Internamento</b>	Sim	194	53,9
	Não	166	46,1
<b>Resolução Social</b>	Domicílio	93	55,7
	ERPI	29	17,4
	ULDM	34	20,4
	UMDR	7	4,2
	Serviço de Internamento	4	2,4
	Família de Acolhimento	0	0,0

Nota: n= frequência absoluta; % = frequência relativa

De acordo com a análise da Tabela 13, o valor de PPS% à admissão tem uma média de 36,85%, com valores a variar entre 10% a 80%. O PPS% aquando da alta hospitalar apresenta um valor médio de 25,10%, com valores entre 0% e 80%

*Tabela 13 - Estatística descritiva das variáveis clínicas contínuas*

	N	Médias ± Dp	Mínimo	Máximo
<b>PPS% Admissão</b>	360	33,7±16,5	10	80
<b>PPS% Alta</b>	289	24,6±23,8	0	80

Nota: n= frequência absoluta; Dp = desvio padrão

## 2.2. Estudo da Relação entre as Variáveis Sociodemográficas, de Contexto Cuidativo e Clínicas em Relação à Emergência Clínica em Cuidados Paliativos

Nas tabelas seguintes, apresenta-se sucessivamente as medidas de associação (Teste Exato de Fisher), entre as variáveis demográficas, de contexto cuidativo e clínicas (nominais) e a variável dependente, Emergência Clínica. No caso das variáveis contínuas, realizamos a comparação de médias, e a diferença foi testada pelo Teste U de Man-Whitney.

Relativamente às variáveis sociodemográficas (Tabela 14), encontramos uma associação com significado estatístico ( $p=0,003$ ) para a circunstância testamentária, as restantes variáveis não apresentavam significância estatística para a ocorrência de Emergências Clínicas.

*Tabela 14 – Apresentação dos valores de significância estatísticas entre as variáveis sociodemográficas e a ocorrência de emergências clínicas*

<b>Emergências Clínicas</b>	<b>p</b>
Sexo	0,831
Estado Civil	0,339
Localidade	0,843
<b>Circunstância Testamentária</b>	<b>0,003</b>
Circunstância de Habitabilidade	0,272
Pessoa de Referência	0,267

Dentro das variáveis clínicas (Tabela 15), as variáveis devidas a hábitos sociais e de risco, encontramos uma associação com alto significado estatístico ( $p=0,000$ ) para o tabaco. O valor de significância estatística na relação entre o consumo de álcool ou drogas, não se apresentava significativo quando relacionado com a ocorrência de emergências clínicas.

*Tabela 15 – Apresentação dos valores de significância estatística na relação entre as variáveis clínicas “Hábitos Sociais e de Risco” e a ocorrência de emergências clínicas*

<b>Emergências Clínicas</b>	<b>p</b>
<b>Tabaco</b>	<b>0,000</b>
Álcool	0,098
Drogas	0,306

Relativamente à presença de ostomias, variável que engloba a presença de traqueostomias, ostomias do sistema digestivo e sistema urinário, e colocação de cateter

(Tabela 16), encontramos uma associação com significado estatístico entre a ocorrência de Emergências Clínicas e os indivíduos sujeitos a ostomias ( $p=0,000$ ) e colocação de cateteres ( $p=0,003$ ).

*Tabela 16 – Apresentação dos valores de significância estatística na relação entre as variáveis clínicas “ostomização e cateterização” e a ocorrência de emergências clínicas*

<b>Emergências Clínicas</b>	<b>P</b>
<b>Ostomias</b>	<b>0,000</b>
<b>Cateter</b>	<b>0,003</b>

Relativamente à variável independente “metástases” (Tabela 17), existe apenas significado estatístico entre a presença de metástases pulmonares/mediastínicas e a ocorrência de Emergências Clínicas ( $p=0,019$ ).

As restantes variáveis independentes apresentadas na Tabela 17, não apresentam uma associação com significado estatístico para a ocorrência de Emergências Clínicas.

*Tabela 17 – Apresentação dos valores de significância estatística na relação entre as variáveis clínicas “metastização” e a ocorrência de emergências clínicas*

<b>Emergências Clínicas</b>	<b>P</b>
Diagnóstico	0,119
Metástases Muscular	0,471
Metástases Cerebral/SNC	0,449
Metástases Faringe/Laringe	0,610
Metástases Cervical	0,582
Metástases Peritoneal/Intestinal	0,118
<b>Metástases Pulmonar/Mediastínica</b>	<b>0,019</b>
Metástases Uterina/Ovária	0,471
Metástases Bexiga	0,582
Metástases Ganglionar	0,847
Metástases Óssea	0,619
Metástases Hepática	0,859

Após a análise da Tabela 18, a variável de contexto cuidativo “situação de últimos dias”, é a única que apresenta significado estatístico. Não existe significância estatística entre as restantes variáveis de contexto cuidativo apresentadas nesta tabela e a ocorrência de Emergências Clínicas Paliativas.

*Tabela 18 – Apresentação dos valores de significância estatística entre as variáveis de contexto cuidativo “motivo de internamento” e a ocorrência de emergências clínicas.*

<b>Emergências Clínicas</b>	<b>p</b>
Exaustão do Cuidador	0,824
Reorganização de Cuidados	0,862
Agravamento do Estado Geral	0,593
<b>Situação de Últimos Dias</b>	<b>0,000</b>
Medidas de Conforto	0,139
Controlo Sintomático	0,640

Na Tabela 19, são apresentados os dados secundários, que dizem respeito aos sintomas descontrolados aquando da admissão na UCP, e assinalados como “prostração” ( $p=0,037$ ), “dor” ( $p=0,061$ ) e “dispneia” ( $p=0,080$ ), apresentam significado estatístico quando relacionados com a ocorrência de Emergências Clínicas. Os valores de significância estatística na relação entre os restantes sintomas descontrolados aquando da admissão na UCP e a ocorrência de Emergências Clínicas, não se apresentavam significativos.

*Tabela 19 – Apresentação dos valores de significância estatística entre as variáveis de contexto clínico “sintomas descontrolados à admissão” e a ocorrência de emergências clínicas*

<b>Emergências Clínicas</b>	<b>p</b>
Dor	0,061
Febre	0,675
Descontrolo Analítico	0,957
<b>Prostração</b>	<b>0,037</b>
Agitação Psicomotora	0,449
Dispneia	0,080
Tosse	0,478
Astenia	0,146
Obstipação/Oclusão Intestinal	0,309
Anorexia/Caquexia	0,956
Edemas/Anasarca	0,125
Ansiedade	0,471
Ascite	0,402
Disfagia	0,478
Náuseas/Vómitos	0,229
Diarreia	0,140
Ulcerações	0,279

### 2.3. Identificação das Variáveis que mais Contribuem para a Emergência Clínica e Análise Multivarietal com Recurso à Regressão Logística Binária

Com o objetivo de identificar as variáveis que mais contribuem para a ocorrência de Emergências Clínicas, foram introduzidas em tabela todas as variáveis, identificadas anteriormente, com significado estatístico. O modelo final obtido encontra-se sumariado na Tabela 20. A qualidade do modelo foi aferida pelo teste de Omnibus (Qui quadrado = 42,572;  $p < 0,001$ ) que assegura que os coeficientes do modelo têm um efeito significativo na ocorrência de Emergências Clínicas, e pelo teste de Hosmer e Lemeshow (Qui quadrado = 0,169;  $p = 0,919$ ) que indica a boa qualidade do ajuste. Mantidas as restantes variáveis constantes, há uma relação mais próxima e significativa entre a presença de ostomias e a ocorrência de Emergências Clínicas, particularmente no caso das traqueostomias e ostomias do trato urinário, em que a *odds ratio* de ocorrer uma Emergência Clínica é, respetivamente, 10,821 e 5,084 maior do que a probabilidade de acontecer a pessoas não ostomizadas. No mesmo sentido, as pessoas que se encontram em situação de últimos dias ou apresentem metástases pulmonares/mediastínicas, vêm também aumentadas em 4,674 e 2,671 a *odds ratio* de sofrerem uma Emergência Clínica, quando comparando com pessoas que não se encontrem nas mesmas condições. Estes resultados ajudam a confirmar a ligação já antes feita entre a presença de ostomias, metástases pulmonares, situação de últimos dias e a ocorrência de Emergências Clínicas Paliativas.

*Tabela 20 - Identificação das variáveis que mais contribuem para a ocorrência de emergências clínicas com recurso a uma regressão logística binária*

	B	Sig.	Exp (B)	95% C.I. para EXP(B)	
				Inferior	Superior
<b>Ostomias</b>		,000			
<b>Traqueostomias (1)</b>	2,381	,000	10,821	3,064	38,214
<b>Ostomias do Sistema Urinário (2)</b>	1,626	,011	5,084	1,447	17,861
<b>Ostomias do Sistema Digestivo (3)</b>	,148	,786	1,160	,397	3,385
<b>Metástases Pulmonar/Mediastínica</b>	,982	,007	2,671	1,300	5,488
<b>Situação de Últimos Dias</b>	1,542	,000	4,674	2,358	9,257
<b>Constante</b>	-1,986	,000	,136		

No sentido de prosseguir a metodologia selecionada, serão agora apresentadas as interações entre estudos, em corroboração ou não, no texto de Discussão de Resultados.

### 3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo principal “Analisar a tipologia de Emergência em Cuidados Paliativos e os fatores que determinam esses episódios”. De forma a atingir o objetivo inicialmente proposto foi realizado um estudo retrospectivo na UCP da ULSNE – Macedo de Cavaleiros, através da consulta dos processos clínicos das pessoas admitidas ao serviço, de janeiro de 2021 a dezembro de 2021. Foram consultados um total de 360 processos clínicos, equivalendo a 289 pessoas internadas.

Relativamente à população em estudo, a amostra é do sexo masculino. Contrariamente aos factos encontrados por Williams (2016) e Saeed (2018), que referem que as pessoas admitidas à UCP, são na sua maioria mulheres, uma vez que não desejam ser um “fardo” para as suas famílias/cuidadores, e entendem a admissão na UCP como um benefício não só para as próprias, mas também para o bem-estar daqueles que as rodeiam.

A média de idades encontrada é de 75,3 anos, que varia entre os 28 anos e os 101 anos. De acordo com Alonzi (2022), a população mais idosa tende a ser mais recetiva à admissão às UCP, enquanto pessoas mais jovens são mais relutantes, e preferem manter-se no domicílio.

O conforto e vontade da pessoa em situação paliativa é de extrema importância em Cuidados Paliativos, deste modo, e em conformidade com os resultados obtidos, a maioria da amostra residia em domicílio próprio, e foi referenciada para o internamento pelas ECSP. No entanto, as admissões à UCP, são provenientes de outros serviços hospitalares de internamento, referenciados pela EIHCP.

Os referentes são na sua maioria casados, no entanto, a pessoa de referência são os filhos, resultados corroborados por Campos et. al (2022). No estudo sobre “Capacitação dos Cuidadores em Cuidados Paliativos Domiciliários”, Pradinhos (2018) classifica a sua amostra como maioritariamente idosa ou com poucas habilitações literárias. Estas são algumas das razões pelas quais os filhos assumem as responsabilidades a nível do estado de saúde dos seus progenitores.

Relativamente às circunstâncias testamentárias, considerou-se toda e qualquer situação que provoca preocupação à pessoa em situação paliativa, uma vez que a mesma

seria deixada em aberto aquando da sua partida, como por exemplo, filhos menores, filhos com deficiências, etc.

Pese embora, a maioria não as apresentasse, quando era descrita alguma circunstância testamentária, existiria uma maior probabilidade de serem reportados quadros de *dellirium*, aquando do internamento na UCP. Em concordância com o estudo apresentado por Patricia Bramati e Eduardo Bruera (2021), que considera residir nestas preocupações um fator adicional desencadeador da Emergência Clínica.

É de ressaltar a importância da DAV/TV na promoção de Cuidados Paliativos com uma visão holística e adequados à pessoa em situação paliativa e à sua família/cuidadores (Lei n.º 25/2012 da Assembleia da República, 2012), a totalidade da amostra em estudo não possuía uma DAV/TV.

Com base nos dados analisados para o presente estudo, foi possível evidenciar um perfil clínico das pessoas em situação paliativa internados na UCP, com as seguintes características predominantes: diagnóstico de neoplasia maligna do intestino; com presença de metástases pulmonar, hepáticas e ganglionares; na sua maioria internados para o controlo da dor.

A incidência de doença neoplásica é maior nos indivíduos do sexo masculino. A neoplasia maligna do colorretal tem a segunda maior incidência em ambos os sexos. Ambas as afirmações se encontram em concordância com os dados encontrados neste estudo. (CE, 2021)

A respeito das metástases, Alt-Epping et al. (2012) descrevem a ocorrência de confusão na maioria das pessoas com neoplasias primárias do pulmão, ou metástases pulmonares, o que vai ao encontro dos dados encontrados no presente estudo. Araújo et al. (2021) descrevem no seu estudo que a maioria dos indivíduos observados à admissão numa UCP apresentavam metastização, e 81% dessas pessoas apresentavam como motivo de internamento o controlo da dor, o que corrobora os dados apresentados neste estudo.

Em média a duração dos internamentos na UCP é de 10,38 dias, uma duração inferior quando comparado com os resultados de Konopke et al. (2020), 46,49 dias, e Campos et al. (2022), 19 dias. Contrariamente a estes estudos, os indivíduos do presente estudo apresentavam em média mais do que um momento internamento.

Nos 360 episódios de internamento estudados, em 74 ocorreram Emergências Clínicas Paliativas. Nesses 74 episódios, 54,1% foram Emergências Clínicas de origem hemorrágica. López e Moralo (2019), descrevem que episódios de hemorragias clinicamente significativas são comuns em 6% a 10% das pessoas com neoplasia em estadios avançados, que corresponde ao mesmo encontrado por este estudo.

Com a observação dos hábitos sociais e de risco que podem contribuir para a degradação do estado de saúde das pessoas internadas na UCP, verifica-se que a maioria dos indivíduos em estudo não fuma, consome álcool ou drogas ilegais. No entanto, fumar apresenta significado estatístico, que nos leva a concluir que pessoas que fumam tem uma maior probabilidade de sofrer uma Emergência Clínica Paliativa.

Estes resultados, alertam uma vez mais para a perigosidade dos hábitos de risco na degradação do estado de saúde. Mesmo no caso do álcool, embora sem significado estatístico, existe uma maior tendência para a associação entre o consumo e a frequência de Emergência Clínica Paliativa. Os dados apresentados são corroborados pelo estudo de Mercadante (2017).

A necessidade de ostomias (gastrointestinal, respiratória, etc.) em Cuidados Paliativos pode surgir devido a várias razões, estas incluem condições médicas subjacentes, tratamentos agressivos ou alterações nas funções do próprio sistema.

A maioria das traqueostomias (86%), de acordo com Espeli et al. (2022), são colocadas previamente à referência para Cuidados Paliativos, por serem necessárias para o controlo de sintomas agudos como a dispneia, ou para a continuação de tratamentos com intenção curativa. No entanto, segundo Mayland et al. (2021), as traqueostomias contribuem para complicações e diminuem consideravelmente a qualidade de vida das pessoas traqueostomizadas, dados que corroboram os encontrados no presente estudo.

A colocação de nefrostomias percutâneas, é comum em pessoas com obstrução uretral secundária a neoplasias malignas em estadio avançado. Choudhury et al. (2020), descrevem o procedimento como o mais favorável para este tipo de ocorrências, pois minimiza complicações em comparação com a colocação de stent uretral e aumentam a sua independência. Contrariamente a este estudo, os indivíduos do presente estudo que possuíssem nefrostomias, tinha uma maior probabilidade de desenvolver uma Emergência Clínica Paliativa.

As colostomias, no presente estudo, são mais frequentes que outros tipos de ostomias, no entanto a sua presença não tem significado estatístico. Contrariamente aos dados encontrados por Konopke et al. (2021), que referem a presença de colostomias aumenta consideravelmente o risco de complicações em pessoas com neoplasias avançadas, bem como a taxa de mortalidade.

Relativamente à presença de cateteres, foram contabilizados os cateteres urinários e CVC. Após a análise dos dados obtidos, aferiu-se que a presença destes tipos de cateteres era um fator potenciador das Emergências Clínicas em Paliativos, dados corroborados por López e Moralo (2019).

Os dados apresentados sugerem uma relação entre os hábitos tabágicos, a presença de traqueostomia, a presença de cateter (central) e metástases pulmonares/mediastínicas, que podem ser associadas ao compromisso da função respiratória. Os resultados observados são corroborados por Alt-Eppin et al. (2012), que refere a complexidade dos sintomas respiratórios em pessoas em situação paliativa e a necessidade de preencher as lacunas existentes na investigação científica relacionada com a temática, de modo a melhorar o planeamento de cuidados e a prevenção de complicações.

A *European Association for Palliative Care* (EAPC), define a sedação paliativa como o uso controlado de medicamentos com o propósito de induzir um estado de consciência diminuída ou ausente, com a finalidade de aliviar o sofrimento, de uma maneira eticamente aceitável para a pessoa e para a sua família (López & Moralo, 2019).

A sedação paliativa, de acordo com López e Moralo (2019), pode ser empregada em Emergências Clínicas (hemorragia ou asfixia), para atenuar o sofrimento psicológico ou sintomas refratários da situação de últimos dias, etc. No presente estudo, apenas 13 indivíduos tiveram necessidade de sedação, maioritariamente devido a episódios hemorrágicos ou quadros de *dellirium*.

Considera-se que uma pessoa sob sedação paliativa tem menor probabilidade de desenvolver uma Emergência Clínica Paliativa, o mesmo acontece quando alguém se encontra num estado de prostração, conforme o indicado pelos dados deste estudo.

As pessoas em situação de últimos dias têm maior probabilidade de desencadear Emergência Clínica Paliativa, resultados corroborados por Patricia Bramati e Eduardo

Bruera (2021), que apontam esse acontecimento como desencadeador de quadros de *dellirium*.

Quanto à PPS%, uma ferramenta utilizada em Cuidados Paliativos para avaliar o estado funcional e a performance das pessoas com doença crónica ou terminal, de modo a adequar as intervenções à pessoa em questão, o valor médio à admissão é de 36,85%, resultado corroborado por Campos et al. (2022).

A maioria dos indivíduos internados na UCP (53,9%), faleceram, um valor superior quando comparado com o estudo de Araújo et al. (2021), onde apenas 44,6% dos indivíduos faleceram. Os restantes indivíduos tiveram na sua maioria alta para o domicílio, com um valor médio da PPS% de 25% aquando da alta.

No momento da recolha dos dados apresentados no presente estudo, 19,9% dos indivíduos estudados não tinham ainda falecido.

## CONCLUSÕES DO ESTUDO

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021), perspetiva que em Portugal, nos próximos 10 anos, seja possível um estado de integração avançada dos Cuidados Paliativos em todo o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Deste modo é garantido que todas as equipas do SNS possam trabalhar em interligação próxima, com o apoio de equipas especializadas, de modo a promover uma visão holística do doente e cuidados adequados às necessidades específicas de cada um.

Foi com este contexto em mente que se realizou o presente trabalho de investigação, que tem como objetivos:

1. Conhecer as variáveis sociodemográficas da população que viveu episódios de Emergências Clínicas Paliativas, na Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal. Foi verificado que, relativamente às variáveis sociodemográficas, a amostra é maioritariamente masculina (n=223), com uma idade média de 75,3 anos (min=28 e máx=101). Residem na sua maioria no concelho de Bragança. A pessoa de referência são maioritariamente os filhos.

2. Conhecer as variáveis clínicas da população que viveu episódios de Emergências Clínicas Paliativas, na Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal. Relativamente às variáveis clínicas da população, os diagnósticos mais prevalentes são neoplasia maligna do intestino (n=48), a neoplasia do pâncreas, fígado e vias biliares (n=37) e neoplasia da próstata (n=33). A presença de metástases pulmonares (n=48), metástases hepáticas (n=46) e metástases ganglionares (n=32), são as mais prevalentes.

- 2.1. Reconhecer as variáveis indutoras de episódios de Emergências Clínicas Paliativas, numa Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal. Conclui-se que as pessoas em situação paliativa com metastização pulmonar/mediastínica, ou que sejam traqueostomizados ou nefrostomizados, ou que se encontrem em situação de últimos dias são mais propensos a desenvolverem situações de Emergências em Cuidados Paliativos.

3. Conhecer/analisar os episódios de Emergências Clínicas Paliativas, na Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal. Onde se verificou que os mais incidentes eram

os episódios de hemorragia (n=40) e episódios de *dellirium* (n=17). O Síndrome da Veia Cava Superior é a Emergência Paliativa com menor incidência (n=1).

4. Conhecer as variáveis de contexto cuidativo da população que viveu episódios de Emergências Clínicas Paliativas, na Unidade de Cuidados Paliativos ao norte de Portugal. Foi verificado que o motivo de internamento mais comum foi para controlo sintomático da dor. Os internamentos tinham uma duração média de 10 dias e eram muitas vezes recorrentes. Aquando da admissão a PPS% era de 30% e 25% no momento da alta. A alta era dada na sua maioria para o domicílio próprio (n=93) ou para a integração numa UCC (n=41).

Relativamente às limitações e dificuldades do presente estudo, salienta-se o facto de serem escassos os estudos sobre o fenómeno estudados, o que não permitiu uma discussão de dados tão minuciosa quanto o pretendido. Considera-se que seja pertinente alargar o estudo a outras unidades congêneres de modo a encontrar eventuais diferenças de contexto quer em termos do perfil dos internados, quer em termos dos procedimentos de cuidados paliativos.

Apesar das limitações referidas, pensa-se que este estudo contribuiu para o aumento da literacia em Cuidados Paliativos, designadamente para o entendimento do ato de paliar, como algo que está para além do simples alívio ou atenuação de sintomas, o que pode igualmente significar, em alguns casos, um contributo para a melhoria da condição de saúde das pessoas. Uma janela de esperança para doentes e famílias, portanto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonzi, S., Perry, L. M., Lewson, A. B., Mossman, B., Silverstein, M. W., & Hoerger, M. (2022). Fear of Palliative Care: Roles of Age and Depression Severity. *Journal of Palliative Medicine*, 25(5), Advance online publication. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0359>
- Alt-Epping, B., Stäritz, A. E., Simon, S. T., Altfelder, N., Hotz, T., Lindena, G. & Nauck, F. for the Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE) working group. (2011). *What Is Special about Patients with Lung Cancer and Pulmonary Metastases in Palliative Care? Results from a Nationwide Survey. Journal of Palliative Medicine*, 15(9). 971-977. <http://doi.org/10.1089/jpm.2011.0434>
- Araújo, I. F., Aguiar, B. R., Ferreira, G. F., & Arantes, A. M. B. (2021). Perfil clínico-epidemiológico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos: um estudo retrospectivo. *Brasília Med*, 58 (Anual), 1-7. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v58a16.pdf>
- Barbosa, A., Gama, G. M. da, & Lawlor, P. (2016). Confusão/Dellirium. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3.<sup>a</sup> ed). Núcleo de Cuidados Paliativos.
- Bramati, P., & Bruera, E. (2021). Dellirium in palliative care. *Cancers*, 13(23), Article 5893. <https://doi.org/10.3390/cancers13235893>
- Campos, K. R., Sá, E. C., Carneiro, A. (2022). Motivos de Admissão de Pacientes com Câncer em uma Unidade de Cuidados Paliativos Exclusivos. *Brazilian Journal of Development*, 8(1) 7793-7810. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-522>.
- Choudhury, S., Biswas, P., Roy, S., Chatterjee, B., Saham, M. L. (2020). Role of Preoperative Ureteric Stenting in Optimization of Patients with Retroperitoneal Tumors Associated with Obstructive Uropathy. *Indian Journal of Surgical Oncology*, 11, 778–784. <https://doi.org/10.1007/s13193-020-01257-6>
- Comissão Europeia. (2021). *Estado da Saúde na UE: Portugal - Perfil de Saúde do País 2021*.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022*.

- Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). (2019). *CIPE Versão 2019: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Espeli, V. G., Fusi-Schmidhauser, T., Mangan, D., & outros. (2022). The role of palliative care in relapsed and metastatic head and neck cancer patients in a single ESMO integrated oncology and palliative care centre. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 279(12), 5897–5902. <https://doi.org/10.1007/s00405-022-07535-z>
- Gálvez, L. A., Sánchez, M. A. Tovar, & Jurado, R. Rodriguez. (2021). *Urgencias en cuidado paliativo oncológico*. *El Dolor*, 31(74), 26-34.
- Gonçalves, E., & Oliveira, J. E. (2016). Urgências em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3.ªed). Núcleo de Cuidados Paliativos.
- Hohloch, K., Bertram, N., Trümper, L., Beissbarth, T., & Griesinger, F. (2014). Superior vena cava syndrome caused by a malignant tumor: a retrospective single-center analysis of 124 cases. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 140 (12), 2129–2134. <https://doi.org/10.1007/s00432-014-1764-6>
- Konopke, R., Schubert, J., Stöltzing, O., Thomas, T., Kersting, S., & Denz, A. (2020). Predictive factors of early outcome after palliative surgery for colorectal carcinoma. *Innovative Surgical Sciences*. <https://doi.org/10.1515/iss-2020-0018>
- Lei n.º 25/2012 da Assembleia da República. (2012). *Diário da República: 1.ª série, n.º 136*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/25-2012-179517>
- Lei n.º 52/2012 da Assembleia da República. (2012). *Diário da República: 1.ª série, n.º 172*. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/52-2012-174841>
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (2019). *Diário da República: 1.ª série, n.º 169*. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- López, V., & Moralo, R. (2019). Urgencias y emergencias. In J. De Extremadura (Ed.), *I Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura* (pp. 327-362). Editado por Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Servicio Extremeño de Salud. ISBN: 978-84-09-19467-4. 1.ª Edição.
- Mayland, C. R., Ho, Q. M., Doughty, H. C., Rogers, S. N., Peddinti, P., Chada, P., Mason,

- S., Cooper, M., & Dey, P. (2021). The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: A scoping review. *Palliative Medicine*, 35(1), 27–44. <https://doi.org/10.1177/0269216320963892>
- Marôco, J. (2014). *Análise de dados estatísticos com utilização do SPSS* (2ª ed.). Edições Sílabo.
- Mercante, S., Adile, C., Ferrera, P., Casuccio, A. (2017). *The effects of alcoholism and smoking on advanced cancer patients admitted to an acute supportive/palliative care unit. Support Care Cancer*. 25, 2147-2153. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3620-0>
- Miguel, S., & Frade, A. I. (2019). *Do Risco À Hemorragia Na Pessoa Com Doença Oncológica De Cabeça E Pescoço: Como Intervir*. 5, 29–34. <https://doi.org/10.31877/on.2019.39.05>
- NHS Scotland. (2019). *Emergencie Overview*. Obtido em fevereiro de 2023, de Scottish Palliative Care Guideline: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/palliative-emergencies/emergencies-overview.aspx>
- Noble, S. (2020). Emergencies in palliative care. *Medicine*, 48, 33-36. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2019.10.011>.
- Oliveira, G., & Albuquerque, M. E. (2022). *Cuidados Paliativos Perinatais: O Essencial* (1ª ed.)
- Park, M., Kim, D., Ko, S., Kim, A., Mo, K., & Yoon, H. (2022). Breast Cancer Metastasis: Mechanisms and Therapeutic Implications. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(12). <https://doi.org/10.3390/ijms23126806>.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2020). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (8ª ed.). Edições Sílabo.
- Porta, J., Gómez-Batiste, X., & Tuca, A. (2005). *Control de síntomas en pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal*.
- Portaria n.º 75/2017 do Ministério da Saúde. (2017). *Diário da República: 1.ª série, n.º 38*. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/75-2017-106509197>

- Pradinhos, M. (2018). Capacitação dos Cuidadores em Cuidados Paliativos Domiciliários. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/6245>
- Ryan, C., Stoltzfus, K. C., Horn, S., Chen, H., Louie, A. V., Lehrer, E. J., Trifiletti, D. M., Fox, E. J., Abraham, J. A., & Zaorsky, N. G. (2022). Epidemiology of bone metastases. *Bone*, 158 (November 2020), 115783. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2020.115783>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República: 2.ª série, n.º 135*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Diário da República: 2.ª série, n.º 131*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Saeed, F., Hoerger, M., Norton, S. A., Guancial, E., Epstein, R. M., & Duberstein, P. R. (2018). Preference for palliative care in cancer patients: Are men and women alike? *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(1), 1-6.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.03.014>
- Serviço Nacional de Saúde. (21 de outubro de 2021). *Cuidados Paliativos*. Obtido em janeiro de 2023, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/>
- Takei, D., & Tagami, K. (2022). Management of cancer pain due to bone metastasis. *Journal of Bone and Mineral Metabolism*. <https://doi.org/10.1007/s00774-022-01382-y>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – o Processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 9789895610976.
- Williams, L. A., Giddings, L. S., Bellamy, G., Gott, M. (2016). *Because it's the wife who has to look after the man": A descriptive qualitative study of older women and the intersection of gender and the provision of family caregiving at the end of life*. *Palliative Medicine*, 30(6), 567-577. <https://doi.org/10.1177/0269216316653275>

## **ANEXOS**

**Anexo I - Autorização da Diretora do Departamento de Cuidados Continuados e Paliativos da ULSNE**

## Parecer

Liseta da Conceição Pereira Gomes Gonçalves, médica, portadora da cédula profissional nº 31878 da Ordem dos médicos, Diretora do Departamento de Cuidados Paliativos e Continuados da ULSNE, é de parecer que o projeto de estudo "Emergências em Cuidados Paliativos", integrado no programa de Mestrado de "Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em Situação Crítica" apresentado pela Enfermeira Mariana José Barreira Rodrigues constitui uma pesquisa pertinente em termos de medicina de evidência, que poderá ter repercussão na forma como os profissionais encaram a integração de ação entre a Medicina Paliativa e a Medicina Curativa. Assim, após a devida apreciação pela Comissão de Ética, autorizar-se-á a realização do estudo retrospectivo na UCP da ULSNE – Macedo de Cavaleiros pretendida pela autora. Declaro que me responsabilizo pela recolha de dados do SClínico, relativos aos doentes internados naquela unidade, num período de 24 meses (19 de outubro de 2020 a 19 de outubro de 2022), bem como pela anonimização dos mesmos em cumprimento das normas éticas aplicáveis.

Macedo de Cavaleiros, 10/05/2023

A Diretora do Departamento de Cuidados Paliativos e Continuados da ULSNE

  
 (Liseta da Conceição Pereira Gomes Gonçalves)

## **Anexo II – Autorização da Comissão de Ética da ULSNE**

IdeN.º 27/23

Parecer da Comissão de Ética

Identificação do estudo:

EMERGÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS - VARIÁVEIS E MORBILIDADES DE CONTEXTO NO ATO DE PALIAR

Parecer da Comissão de Ética:


Em reunião da CE de 17 de maio de 2023, foi deliberado dar parecer *favorável*.

Considera-se oportuno que finalizado o trabalho seja remetido ao CA e CE.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, E.P.E. presentes:

Maria de Jesus Machado Lopes  
Liseta Conceição Pereira Gomes Gonçalves  
Carla Maria Perdigão Martins Grande  
Adília Maria Pires da Silva Fernandes  
Maria Judite Ramos Marques  
Maria da Luz Macedo Guerra Santos

Presidente da Comissão de Ética



Dra. Maria de Jesus Machado Lopes

Unidade Local Saúde Nordeste  
COMISSÃO DE ÉTICA

Despacho do P.C.A.:

**Anexo III - Inventário das variáveis de contexto no ato de paliar, em Emergências em Cuidados Paliativos**



## II. Variáveis Socioclínicas

### 10. Diagnóstico Principal:

---

#### 10.1. Local de Metastização:

- |                |              |            |               |
|----------------|--------------|------------|---------------|
| - Bexiga       | - Cérebro    | - Cervical | - Diafragma   |
| - Faringe      | - Ganglionar | - Hepática | - Laringe     |
| - Mediastínica | - Muscular   | - Óssea    | - Ovário      |
| - Peritoneal   | -Pleural     | - Pulmonar | -Suprarrenais |
| - Outra:       | _____        |            |               |

#### 11. Ostomias:

- |               |              |               |                 |
|---------------|--------------|---------------|-----------------|
| - Colostomias | -Ileostomias | -Nefrostomias | -Traqueostomias |
|---------------|--------------|---------------|-----------------|

#### 12. Cateterização:

- |           |                |           |               |
|-----------|----------------|-----------|---------------|
| - Central | - Supra-Púbica | - Vesical | -Outra: _____ |
|-----------|----------------|-----------|---------------|

#### 13. Hábitos Sociais e de Risco:

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| - Álcool | - Tabaco | - Drogas |
|----------|----------|----------|

#### 14. Óbito:

- |       |       |
|-------|-------|
| - Sim | - Não |
|-------|-------|

### III. Variáveis de Contexto Cuidativo

16. N.º de Internamentos: \_\_\_\_\_

N.º Episódio de Internamento \_\_\_\_\_;

**17. Proveniência:**

- Consulta de Cuidados Paliativos
- Internamento Hospitalar
- Domicílio
- Serviço de Urgência

**18. Mês/Ano de Admissão:**

\_\_\_\_\_

19. Duração do Internamento: \_\_\_\_\_ dias

**20. Motivo de Internamento:**

- Agravamento do Estado Geral
- Emergência Paliativa
- Medidas de Conforto
- Situação de Últimos Dias
- Controlo Sintomático
- Exaustão do Cuidador
- Reorganização de Cuidados
- Outra: \_\_\_\_\_

**20.1. Sintomas Descontrolados à Admissão**

- Agitação Psicomotora
- Ascite
- Diarreia
- Dor
- Icterícia
- Oclusão Intestinal
- Vômitos
- Anasarca
- Astenia
- Disfagia
- Edemas
- Náuseas
- Prostração
- Mucosite
- Anorexia/Caquexia
- Descontrolo Analítico
- Dispneia
- Febre
- Obstipação
- Tosse
- Outra: \_\_\_\_\_

**21. Emergência Clínica Durante o Internamento:**

- Sim
- Não

**21.1. Tipologia**

- *Dellirium*
- Hipercalemia
- Síndrome da Veia Cava Superior
- Hemorragia e Asfixia
- Crises Convulsivas
- Fratura Patológica e Compressão Medular

**21.2. Circunstâncias Hemorrágicas**

\_\_\_\_\_

**22. Necessidade de Sedação Paliativa:**

- Sim
- Não

**22.1. Justificação**

\_\_\_\_\_

**23. Palliative Performance Scale (PPS%)**

- Admissão \_\_\_\_\_ - Alta \_\_\_\_\_

**24. Óbito no Internamento**

- Sim \_\_\_\_\_ - Não \_\_\_\_\_

**25. Resolução Social**

- Domicílio \_\_\_\_\_ - ERPI \_\_\_\_\_  
- Internamento Hospitalar \_\_\_\_\_ - ULDM \_\_\_\_\_  
- UMDR \_\_\_\_\_ - Outra: \_\_\_\_\_

**N.º Episódio de Internamento** \_\_\_\_\_;

**Nota:** Em casos de Internamentos Múltiplos, para cada internamento, o questionário deverá recomençar a partir da questão 17.

<b>LEGENDA:</b>
ERPI – Estabelecimento Residencial Para Idosos;
UCC – Unidade de Cuidados Continuados;
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção;
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação;

## **Anexo IV – Submissão de Artigo Científico: Millenium**

