

Avaliação das Necessidades Paliativas numa Unidade de Saúde Familiar

Assessment of Palliative Needs in Primary Care Unit

Ilda Gonçalves¹, Céu Rocha², Ferraz Gonçalves²

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Ilda Gonçalves [ildagoncalvesmail@gmail.com]

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-9977-2225>

RESUMO

INTRODUÇÃO: A população portuguesa está em processo de envelhecimento, pelo que as necessidades paliativas deverão estar previsivelmente a aumentar. Uma das barreiras ao acesso atempado de cuidados paliativos é a dificuldade na identificação dos doentes que poderão beneficiar deles. Estes doentes estão sobretudo na comunidade. Assim, as equipas de cuidados de saúde primários estão na melhor posição para identificar doentes com potenciais necessidades paliativas.

O nosso objetivo foi avaliar as necessidades paliativas numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Concelho de Matosinhos.

MÉTODOS: Estudo observacional transversal numa amostra de utentes com idade igual ou superior a 65 anos de uma USF do Concelho de Matosinhos, através da aplicação da escala de avaliação de necessidades paliativas – SPICT-PT™.

RESULTADOS: A amostra foi constituída por 349 utentes, 56,4% do sexo feminino e 43,6% do sexo masculino. A mediana de idades foi de 74 anos. O grupo patológico mais prevalente foi do aparelho circulatório, seguido do grupo de doenças endócrinas e as doenças oncológicas. Foram identificados 25 (7,2%) doentes com necessidades paliativas. Estes apresentam uma mediana de idade superior assim como um grau mais elevado de dependência. Este grupo apresenta um número maior de doenças do aparelho circulatório, do foro psicológico e do foro oncológico. Dos doentes com necessidades paliativas, 6 (24%) estavam referenciados à equipa de cuidados paliativos.

1. USF Porta do Sol – ULS Matosinhos, Matosinhos, Portugal. 2. Unidade de Cuidados Paliativos, ULS Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Recebido/Received: 2024-05-06. Aceite/Accepted: 2024-08-20. Publicado online/Published online: 2024-09-11

© Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2024. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.

Conclusão: A identificação de 7,2% de doentes com necessidades paliativas é semelhante à referida noutros estudos. O baixo número de referência de doentes com necessidades paliativas à equipa de cuidados paliativos pode dever-se a uma manifesta dificuldade dos médicos de família na identificação destes doentes ou ao facto de os doentes estarem sintomaticamente controlados e serem de baixa complexidade. A divulgação e aplicação da ferramenta SPICT-PT™ nos cuidados de saúde primários poderá ser uma mais-valia na melhoria da identificação destes doentes, conhecimento, prestação e planeamento de cuidados a vários níveis.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Cuidados de Saúde Primários; Prestação de Cuidados de Saúde

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Portuguese population is in an aging process so palliative needs should be predictably increasing. One of the barriers to timely access to palliative care is the difficulty in identifying patients who may benefit from it. These patients are mainly in the community. Therefore primary health care teams are in the best position to identify patients with potential palliative needs.

We aimed to assess palliative needs in a Family Health Unit in Matosinhos.

METHODS: Cross-sectional observational study in a sample of patients aged 65 years or over from a Family Health Unit in Matosinhos, using the palliative needs assessment scale – SPICT-PT™.

RESULTS: The sample consisted of 349 patients, 56.4% female and 43.6% male. The median age was 74 years. The most prevalent pathological group was related to the circulatory system, followed by the group of endocrine diseases and oncological diseases. 25 (7.2%) patients with palliative needs were identified. These have a higher median age as well as a higher degree of dependence. This group had a greater number of diseases of the circulatory system, psychological and oncological. Of the patients with palliative needs, 6 (24%) were referred to the palliative care team.

CONCLUSION: The identification of 7.2% of patients with palliative needs is similar to that reported in other studies. The low number of referrals of patients with palliative needs to the palliative care team may be due to a clear difficulty of family physicians in identifying these patients or to the fact that patients are symptomatically controlled and are of low complexity. The application of this tool allows the identification of these patients and the best planning of care at various levels. The divulgation and application of the SPICT-PT™ tool in primary health care could be an added value in improving the identification of these patients, knowledge, provision and planning of care at various levels.

KEYWORDS: Delivery of Health Care; Palliative Care; Primary Health Care

INTRODUÇÃO

A tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas na Europa e Portugal não é exceção, com um crescente aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens e de pessoas em idade ativa na população total¹. Em Portugal, entre 2015 e 2020, a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos) aumentou de 20,7% para 22,4%.¹ Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 146,5 para 167,0.¹

A esperança de vida em Portugal é ligeiramente superior à média da União Europeia.² Em 2020, as mulheres tinham uma esperança de vida mais de seis anos superior à dos homens (84,1 anos em oposição a 78,0 anos).² O aumento da longevidade deu origem a um fenómeno no mundo ocidentalizado: o da emergência das doenças crónicas não transmissíveis, passando

a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada.³ O peso das doenças não transmissíveis é elevado, sendo que as doenças cardiovasculares e o cancro são as principais causas de morte.²

O aumento da esperança de vida de uma população não significa necessariamente que esse tempo extra de vida seja em boa saúde.¹ Em 2019, o número de anos de vida em saúde (vida saudável), em Portugal, foi estimado em 60,6 anos para os homens e 57,8 anos para as mulheres, abaixo do valor médio para a União Europeia, de 64,2 e 65,1 anos, respetivamente.¹

Todos os doentes com doenças crónicas, sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida reconhecidamente limitado, devem ter acesso a cuidados paliativos.³ Assim, prevê-se que as necessidades de cuidados paliativos estejam a aumentar.

Na Europa 85% da população atualmente morre de doença crónica como cancro, doença cardiovascular ou demência.⁴ As doenças crónicas caracterizam-se por uma progressão lenta, flutuações na trajetória de doença, longa duração e prognóstico incerto, sendo um grande desafio o seu tratamento, durante cada vez mais tempo, até fases muito avançadas da sua progressão.⁴ Durante as fases avançadas de doença crónica, os doentes normalmente sofrem de dor de grande intensidade e outros sintomas físicos e psíquicos, pelo que beneficiariam de cuidados paliativos (CP).^{3,4}

Torna-se, portanto, essencial identificar os doentes que precisam de CP, que são cuidados ativos de conforto (físico, psíquico, social e espiritual), não com o objetivo curativo, mas sim de promoção de qualidade de vida em todas as suas vertentes.⁵ Os doentes com doenças progressivas avançadas vivenciam diferentes trajetórias de declínio e geralmente têm necessidades variadas em diferentes fases da doença.⁴ Assim, o processo de identificação não deve ser baseado apenas na previsão de mortalidade ou sobrevivência, mas também se deve concentrar em antecipar as necessidades sempre que ocorrerem e prever o curso do declínio funcional para desencadear uma avaliação holística e fazer um plano de cuidados paliativos proactivo.⁴

Há evidência, a partir de estudos controlados randomizados, que o acesso precoce a cuidados paliativos especializados promove qualidade de vida, reduz tempo de internamento hospitalar e hospitalizações e pode prolongar a sobrevida.^{4,6} No entanto, a evidência recente mostra que os cuidados paliativos normalmente chegam tarde na trajetória da doença e o acesso a CP é desigual.^{4,6}

De acordo com vários estudos é sabido que genericamente os médicos sobrestimam a sobrevida dos seus doentes, embora o façam com maior precisão na fase de morte iminente.³ Uma das barreiras ao acesso atempado de cuidados paliativos é a dificuldade na identificação dos doentes que poderão beneficiar deles.^{4,7} Assim, torna-se fundamental desenvolver instrumentos que permitam tão precocemente quanto possível que os doentes passem a receber os cuidados paliativos de qualidade que a sua condição impõe.⁴

Os doentes com necessidades paliativas (NP) estão nos hospitais, nas unidades de cuidados continuados, mas sobretudo na comunidade, que inclui o domicílio e os lares de acolhimento, pelo que as equipas de cuidados de saúde primários estão na melhor posição para identificar doentes com potenciais NP.⁵ As necessidades da maioria das pessoas no final da vida (aproximadamente 85%-90%) podem ser atendidas com cuidados paliati-

vos primários prestados por médicos de família.⁷

Identificar os utentes que apresentam NP poderá ser um desafio para os médicos de família, embora várias ferramentas de identificação tenham sido desenvolvidas para este fim.⁴

A escala SPICT™ (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool*) é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível, permite avaliar a necessidade de CP e fazer o planeamento de cuidados futuros.⁵ Foi primariamente desenvolvida na Escócia, em 2010, e atualmente está difundida em mais de 30 países,^{5,8,9} estando já traduzida e validada para a língua portuguesa (SPICT-PT™).⁸ Consiste numa ferramenta de aplicação simples com uma estrutura que compreende (Anexo 1):

1. Lista de indicadores gerais de deterioração da saúde como admissões hospitalares, declínio funcional, aumento da dependência, declínio nutricional, sintomas persistentes, escolha do doente/família;
2. Lista de indicadores clínicos de doenças limitantes de vida como o cancro, a demência/fragilidade, a doença neurológica, a doença cardiovascular, a doença respiratória, a doença renal e a doença hepática;
3. Recomendações para avaliação dos cuidados atuais e planeamento dos cuidados futuros.

Estudos internacionais têm vindo a avaliar as necessidades paliativas em ambiente hospitalar e em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP).⁹⁻¹⁹ Até à data não se conhecem estudos a nível nacional que avaliem as necessidades paliativas no âmbito dos CSP pelo que se torna de extrema relevância a realização de um estudo nesta área.

No concelho de Matosinhos a Unidade Local de Saúde (ULSM) integra sob a mesma direção administrativa o Hospital Pedro Hispano e o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Matosinhos. Na ULSM existe uma Equipa de Cuidados Paliativos (ECP) dirigida a doentes com doença crónica oncológica e não oncológica, incurável e/ou grave, progressiva e com prognóstico limitado. A referenciação dos doentes pode ser feita tanto pelos médicos dos CSP como pelos médicos hospitalares. Esta equipa presta apoio a nível comunitário, intra-hospitalar (a doentes internados nos diversos serviços do hospital) e consulta externa, estabelecendo a continuidade de cuidados entre os dois níveis de intervenção.

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar as necessidades paliativas numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Concelho de Matosinhos (USF Porta do Sol) utilizando a ferramenta SPICT-PT™.

Foram também determinados os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar a amostra de utentes a quem foi aplicada a ferramenta SPICT-PT™;
2. Comparar as características da amostra com necessidades paliativas identificada pela ferramenta SPICT (SPICT-PT™-positivos) da restante amostra (SPICT-PT™-negativos);
3. Avaliar o número de referências da amostra em estudo à equipa de cuidados paliativos (ECP).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional transversal.

A população foi constituída por todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos inscritos na USF Porta do Sol, 3738 utentes à data do estudo. Foi feita uma amostra consecutiva. Considerando um intervalo de confiança de 95% e um nível de precisão de 5%, tendo em consideração o número total de utentes da USF com idade igual ou superior a 65 anos à data da colheita de dados (3738), a amostra foi de 349 utentes. Dividiu-se a população em três grupos por idade e sexo e calcularam-se as proporções na amostra para serem as mesmas da população real, conforme descrito na Tabela 1.

Foram incluídos todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos inscritos na USF Porta do Sol que tivessem consulta presencial com o médico de família,

TABELA 1. Distribuição da amostra por grupo etário e sexo.

65 a 74 anos (grupo 1)		75 a 84 anos (grupo 2)		≥85 anos (grupo 3)	
Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
87	105	50	62	15	30
192		112		45	
349					

TABELA 2. Definição das variáveis em estudo

Variável	Tipo de Variável	Definição Operacional
Idade	Quantitativa discreta	Número inteiro de anos completos à data de preenchimento da ferramenta SPICT-PT™
Sexo	Qualitativa Nominal	Masculino Feminino
Institucionalização	Qualitativa Nominal	Sim Não
Referenciação ECP	Qualitativa Nominal	Sim Não
Escala Barthel	Quantitativa	Valor em percentagem
Principal doença subjacente	Qualitativa Nominal	Nome da principal doença, classificada de acordo com a ICPC-2 (classificação internacional de cuidados primários – 2ª edição).

na USF ou no domicílio, e que aceitassem participar no estudo, dando o seu consentimento informado por escrito.

Todas as 10 médicas da USF aceitaram e participaram na recolha de dados, após lhes ter sido apresentado o protocolo de estudo. Durante o período de estudo e aquando do contacto de cada utente com a sua médica de família, procedeu-se ao preenchimento da ferramenta SPICT-PT™, 1ª e 2ª parte, correspondentes a indicadores gerais e indicadores clínicos de mau prognóstico, bem como à colheita de dados sociodemográficos (sexo, idade, institucionalização ou não), índice de Barthel, principal doença subjacente e verificação de referenciação à ECP. O preenchimento da ferramenta foi feito em papel por todas as médicas de família da USF em todos os contactos presenciais do utente até se perfazer o tamanho amostral definido. Cada médica tinha uma tabela com o número de utentes dos quais deveria recolher os dados, de acordo com o grupo etário e sexo. A colheita de dados decorreu entre Dezembro 2022 e Fevereiro de 2023.

Os dados recolhidos foram registados numa base de dados construída pelos investigadores para o efeito em Microsoft Excel® 365. Esta base de dados não contém qualquer elemento identificativo dos utentes para além do sexo e idade. Todos os restantes pontos da base de dados referem-se às variáveis já referidas anteriormente e aos itens da escala SPICT-PT™. Apenas os investigadores tiveram acesso à base de dados, de modo a garantir a confidencialidade total dos dados. A base de dados não sofreu cópias, divulgação ou reprodução para infraestruturas informáticas externas aos serviços informáticos de saúde. Todos os dados foram tratados de forma confidencial e apenas no âmbito deste estudo, e serão destruídos ao fim de 2 anos.

Na Tabela 2 estão descritas as variáveis estudadas para além da escala SPICT-PT™.

Em relação à principal patologia associada, foi feito o agrupamento das patologias de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados Primários 2ª edição (ICPC-2) nos vários aparelhos/sistemas, com a exceção das doenças oncológicas que formaram um grupo independente.

As restantes variáveis em estudo são as referentes à ferramenta SPICT-PT™ (Anexo 1), todas qualitativas nominais, classificando-se como SIM ou NÃO em cada item. O tratamento dos dados foi efetuado utilizando os testes estatísticos: Mann-Whitney para comparar variáveis ordinais ou quantitativas com distribuição não normal entre 2 grupos independentes e o teste qui-quadrado para estudar a associação entre variáveis categóricas. Além disso também foi realizada estatística descritiva: frequências absolutas e relativas (n, %) para variáveis categóricas; mediana e intervalo interquartil para variáveis quantitativas. Foi considerado estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$. A análise estatística foi efetuada com recurso ao *software* IBM SPSS Statistics versão 28.

FERRAMENTA DE INDICADORES DE CUIDADOS PALIATIVOS E DE SUPORTE (SPICT-PT™)

Consideram-se doentes com necessidades paliativas se preencherem 2 critérios da lista de indicadores gerais de deterioração da saúde e pelo menos 1 critério da lista de indicadores clínicos específicos.⁸ A SPICT-PT™ é de acesso e uso gratuito na prática clínica e pode ser acedida através do URL: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>.

O protocolo do estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ULSM (nº 85/CES/JAS de 14/10/2022). Também foi obtido o parecer favorável pela Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação (refª66/CLPSI/2022), pela coordenadora da USF Porta do Sol, pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACES Matosinhos e pelo Conselho de Administração da ULSM.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

Todos os utentes ou cuidadores questionados aceitaram participar no estudo.

A amostra foi constituída por 349 utentes, 197 do sexo feminino (56,4%) e 152 do sexo masculino (43,6%). A mediana de idades foi de 74 anos, com o mínimo de

65 anos e máximo de 97 anos. Relativamente à institucionalização apenas 2 utentes estavam institucionalizados. Em relação à referência para ECP apenas 6 utentes foram referenciados. Quanto ao índice de dependência avaliado pela escala de Barthel, a maioria dos utentes era totalmente independente 308 (88,3%), 5 (1,4%) apresentava dependência ligeira, 26 (7,4%) dependência moderada e 10 (2,9%) apresentava dependência grave.

A hipertensão arterial (HTA) e a diabetes *mellitus* (DM) foram das patologias principais mais codificadas, dada a sua elevada prevalência na consulta de medicina geral e familiar. Foram agrupadas no grupo aparelho circulatório e endócrino, respetivamente, daí estes grupos apresentarem maior representatividade. Na Tabela 3 podemos verificar a distribuição dos utentes pelos diversos grupos patológicos:

O grupo mais prevalente foi o da patologia do aparelho circulatório, seguido do grupo de doenças endócrinas e as doenças oncológicas.

Na Tabela 4 estão representadas todas as variáveis descritivas da SPICT-PT™:

Podemos verificar que entre os indicadores gerais de deterioração da saúde, a dependência de outros nos cuidados, os internamentos hospitalares não planeados e a má performance funcional ou declínio com reversibilidade limitada foram os mais identificados. De referir também que apenas foi identificada uma situação em que o utente/família pediu CP; escolheu reduzir, parar ou não receber tratamento, desejando focar-se na qualidade de vida.

TABELA 3. Patologias identificadas com a classificação ICPC-2

Grupo patológico	Valor
Aparelho circulatório	170 (48,7%) – 106 (30,4%) HTA
Endócrino, metabólico, nutricional	63 (18,1%) – 54 (15,5%) DM
Doenças oncológicas	33 (9,5%)
Psicológico	24 (6,9%)
Sistema músculo-esquelético	24 (6,9%)
Aparelho respiratório	18 (5,2%)
Aparelho digestivo	3 (0,9%)
Sistema neurológico	3 (0,9%)
Aparelho urinário	2 (0,6%)
Outras (hemocromatose, catarata, glaucoma, síndrome vertiginosa, surdez, psoríase, hipertrofia prostática benigna, pobreza)	9 (2,6%)

TABELA 4. Variáveis descritivas da SPICT-PT™

SPICT-PT™ (Ferramenta de Indicadores de Cuidados Paliativos e de Suporte)		
INDICADORES GERAIS DE DETERIORAÇÃO DA SAÚDE	Não (%)	Sim (%)
Internamentos hospitalares não planeados	331 (94,8)	18 (5,2)
Má performance funcional ou declínio com reversibilidade limitada	333 (95,4)	16 (4,6)
Dependente de outros nos cuidados	320 (91,7)	29 (8,3)
O cuidador precisa de mais assistência	337 (96,6)	12 (3,4)
Perda ponderal progressiva, permanece abaixo do peso normal	339 (97,1)	10 (2,9)
Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado	339 (97,1)	10 (2,9)
O doente/família pede CP; escolhe reduzir, parar ou não receber tratamento, deseja focar-se na qualidade de vida	348 (99,7)	1 (0,3)
INDICADORES CLÍNICOS DE DOENÇAS LIMITANTES DA VIDA	Não (%)	Sim (%)
Cancro		
Deterioração da capacidade funcional devido a cancro progressivo	345 (98,9)	4 (1,1)
Estado físico muito debilitado para tratamento oncológico ou tratamento apenas para controlo dos sintomas	347 (99,4)	2 (0,6)
Demência/fragilidade		
Incapacidade de se vestir, andar ou comer sem ajuda	336 (96,3)	13 (3,7)
Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição	345 (98,9)	4 (1,1)
Incontinência fecal ou urinária	338 (96,8)	11 (3,2)
Incapacidade em manter a interação verbal, pouca interação social	340 (97,4)	9 (2,6)
Quedas frequentes, fratura do fémur	344 (98,6)	5 (1,4)
Episódios frequentes de febre ou infeções; pneumonia de aspiração	349 (100,0)	0 (0,0)
Doença Neurológica		
Deterioração progressiva das funções físicas e/ou cognitivas	336 (96,3)	13 (3,7)
Problemas de fala com crescente dificuldade de comunicação e/ou deglutição	348 (99,7)	1 (0,3)
Pneumonias de aspiração frequentes; dispneia ou insuficiência respiratória	348 (99,7)	1 (0,3)
Paralisia persistente após AVC com significativa perda de função e incapacidade progressiva	349 (100,0)	0 (0,0)
Doença Cardiovascular		
Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa e intratável com sintomas de dispneia ou dor torácica em repouso ou esforço mínimo	336 (96,3)	13 (3,7)
Doença arterial periférica grave e inoperável	348 (99,7)	1 (0,3)
Doença respiratória		
Doença pulmonar crónica grave: dispneia em repouso ou esforço mínimo entre exacerbações	346 (99,1)	3 (0,9)
Hipoxia persistente com necessidade de O ₂ de longo prazo	348 (99,7)	1 (0,3)
Já precisou de ventiloterapia para insuficiência respiratória ou a ventilação é contraindicada	347 (99,4)	2 (0,6)
Doença Renal		
Estádios 4 e 5 de doença renal crónica (TFG<30 mL/min) com agravamento clínico	347 (99,4)	2 (0,6)
Insuficiência renal com complicações para outras condições clínicas limitantes ou tratamentos	348 (99,7)	1 (0,3)
Indicação para parar ou intolerância à diálise	349 (100,0)	0 (0,0)
Doença Hepática		
Cirrose com uma ou mais complicações no último ano	349 (100,0)	0 (0,0)
Transplante hepático contraindicado	349 (100,0)	0 (0,0)
Outras situações		
Deterioração e risco de morrer de outras condições ou complicações irreversíveis	349 (100,0)	0 (0,0)
SPICT™-PT POSITIVO	324 (92,8)	25 (7,2)

TABELA 5. Comparação entre os utentes SPICT-PT™ negativo e SPICT-PT™ positivo

Variáveis	SPICT-PT™ Negativo (n=324)	SPICT-PT™ Positivo (n=25)	p
Idade, med (1ºQ, 3ºQ)	73 (70; 79)	84 (76; 87,5)	<0,001 ^a
Sexo, n (%)			
Feminino	183 (56,5)	14 (56,0)	0,963 ^b
Masculino	141 (43,5)	11 (44,0)	
Escala de Barthel (%), med (1ºQ, 3ºQ)	100% (100; 100)	75% (15; 85)	<0,001 ^a
Institucionalização, n (%)			
Não	323 (99,7)	24 (96,0)	
Sim	1 (0,3)	1 (4,0)	
Referenciação ECP, n (%)			
Não	324 (100,0)	19 (76,0)	
Sim	0 (0,0)	6 (24,0)	
Grupo patológico, n (%)			
Aparelho circulatório	162 (50,0)	8 (32,0)	
Endócrino, metabólico, nutricional	62 (19,1)	1 (4,0)	
Doenças oncológicas	28 (8,6)	5 (20,0)	
Sistema músculo-esquelético	23 (7,1)	1 (4,0)	
Psicológico	17 (5,2)	7 (28,0)	
Aparelho respiratório	16 (4,9)	2 (8,0)	
Aparelho digestivo	3 (0,9)	0(0,0)	
Sistema neurológico	2 (0,6)	1 (4,0)	
Aparelho urinário	2 (0,6)	0 (0,0)	
Outras (hemocromatose, catarata, glaucoma, síndrome vertiginoso, surdez, psoríase, hiperplasia da próstata, pobreza)	9 (2,8)	0 (0,0)	

^a Mann-Whitney test; ^b chi-square test

COMPARAÇÃO DA AMOSTRA COM NECESSIDADES PALIATIVAS

Foram identificados 25 (7,2%) doentes com necessidades paliativas. Apresenta-se de seguida a Tabela 5 com a comparação entre os utentes SPICT-PT™ negativo e SPICT-PT™ positivo:

Pela análise da Tabela 5, podemos verificar que o grupo SPICT-PT™ positivo apresenta uma mediana de idade superior em comparação com o grupo SPICT-PT™ negativo, e esta diferença é estatisticamente significativa. Relativamente ao índice de dependência avaliado pela escala de Barthel, o grupo SPICT-PT™ positivo apresenta um grau mais elevado de dependência em comparação com o grupo SPICT-PT™ negativo, e esta diferença também é estatisticamente significativa. Em relação ao sexo e à institucionalização não há diferença entre os dois grupos. Apesar de não podermos verificar diferenças estatísticas quanto à referenciação

para a ECP, por o *n* ser muito pequeno, verifica-se que os utentes referenciados para esta equipa são todos SPICT-PT™ positivo. Pelo mesmo motivo, também não podemos tirar conclusões estatísticas relativamente às patologias identificadas. No entanto, verifica-se que o grupo SPICT-PT™ positivo apresenta um número maior de doenças do aparelho circulatório (5 doentes com insuficiência cardíaca), do foro psicológico (6 doentes com demência) e do foro oncológico.

CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES REFERENCIADOS À ECP

Apesar de terem sido identificados 25 doentes com necessidades paliativas, apenas 6 estavam referenciados à ECP. Na Tabela 6 podemos analisar a caracterização destes doentes.

Verifica-se que os doentes referenciados à ECP são maioritariamente doentes oncológicos ou com patologia cardiovascular.

TABELA 6. Caracterização dos doentes referenciados à ECP.

Sexo	Idade	Patologia
masculino	67	Neoplasia maligna estômago
masculino	87	Neoplasia maligna da próstata
feminino	85	Insuficiência cardíaca
feminino	76	Doença aparelho circulatório, outra (vasculite)
masculino	75	Neoplasia endócrina, outra (timoma)
masculino	70	Insuficiência cardíaca

DISCUSSÃO

A identificação de 7,2% de doentes com idade igual ou superior a 65 anos com necessidades paliativas é semelhante à referida noutros estudos (5,1%, 9,2% e 17,3%) que decorreram na população idosa, em cuidados de saúde primários na Austrália e Japão.^{4,11,12} Tal como previsto, os doentes com necessidades paliativas são doentes mais idosos e mais dependentes.^{4,11,12} Assim, com o crescente envelhecimento da população, o acompanhamento e a avaliação periódica destes utentes torna-se muito pertinente.

As patologias mais frequentes nestes doentes foram a insuficiência cardíaca, doenças oncológicas e demências, o que também é semelhante a outros estudos.^{4,11,12,18,19} De salientar a representação significativa das doenças não oncológicas, reflexo da diversidade na consulta de medicina geral e familiar.

Um dado relevante é o baixo número de referência de doentes com necessidades paliativas à equipa de cuidados paliativos. Dos doentes com necessidades paliativas, 24% estavam a ser acompanhados por esta equipa, dado este também de acordo com estudos realizados noutros países.^{9,11,12} Este valor pode dever-se a uma manifesta dificuldade dos médicos de família na identificação de doentes com necessidades paliativas e como tal a não referência, principalmente dos doentes não oncológicos, em que a trajetória da doença é mais difícil de prever. Outra hipótese poderá ser o facto dos doentes, apesar de apresentarem necessidades paliativas, estarem sintomaticamente controlados e serem de baixa complexidade, daí a não referência, como por exemplo nas demências, em que os doentes têm muitas necessidades de cuidados, mas estão sintomaticamente controlados. Para além disso, a identificação destes doentes não implica necessariamente a sua referência à ECP, mas funciona como uma chamada de atenção para desencadear uma avaliação holística e fazer um plano de cuidados

paliativos proativo. A evidência revela que a SPICT™ parece auxiliar os médicos nas conversas sobre o planeamento avançado de cuidados, fornecendo tópicos para aspetos essenciais dos cuidados em fim de vida, assim como uma estrutura de conversa e linguagem comum entre profissionais.^{7,9}

Este estudo serve de alerta aos médicos de família para a dificuldade e para a necessidade na identificação atempada dos doentes com necessidades paliativas de forma a iniciar atempadamente um plano de cuidados específicos e dirigido. A SPICT™, embora não tenha sido desenvolvida para esse fim, pode aprimorar a abordagem dos doentes, em particular quando os profissionais de saúde têm experiência limitada em CP, por facilitar o planeamento antecipado de cuidados.⁹ Usando a SPICT-PT™, de fácil e rápida aplicação na consulta, haverá certamente um aumento de doentes identificados com necessidades paliativas e consequente implementação de um plano individual de cuidados que inclua os cuidados paliativos: sejam ações paliativas realizadas pela equipa de saúde familiar (que poderão ser a maioria das situações), com clarificação das necessidades da pessoa em fim de vida e da sua família, discussão de um plano de cuidados e atuação proativa; ou a referência à ECP.

A articulação e integração de cuidados a vários níveis (cuidados de saúde primários e secundários) torna-se muito pertinente nestes doentes, sendo que na ULSM esta integração já está bem estabelecida e implementada.

FORÇAS E FRAQUEZAS DO ESTUDO

Uma das limitações deste estudo é o uso de uma amostra consecutiva, tendo sido incluídos os utentes que tinham consulta presencial agendada com a médica de família ou os utentes a quem foi realizada consulta domiciliária. Outros doentes que não tiveram consulta no período do estudo, que possam até ter necessidades paliativas e já estar a ser seguidos pela ECP ou até que estivessem internados no período do estudo não foram incluídos.

O facto de a amostra ser representativa da população em termos de idade e sexo e de todas as médicas de família da USF terem participado no estudo, com igual número de utentes de todas as listas, foi muito positivo e permite-nos extrapolar os resultados da amostra para a população.

PERSPETIVAS FUTURAS

A divulgação da ferramenta SPICT-PT™ nos cuidados de saúde primários e eventualmente a sua introdução



Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte (SPIC T-PT™)

A SPIC T™ é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível. Permite avaliar a necessidade de cuidados paliativos e fazer o seu planeamento.

Procurar por indicadores gerais de deterioração da saúde

- Internamentos hospitalares não planeados.
- Má performance funcional ou declínio com reversibilidade limitada (pessoa acamada ou em cadeira-de-rodas mais do que 50% do dia).
- Dependente de outros nos cuidados pessoais devido a problemas de saúde físicos e/ou mentais.
- O cuidador precisa de mais assistência.
- Perda ponderal progressiva; permanece abaixo do peso normal; massa muscular diminuída.
- Sintomas persistentes, apesar do tratamento otimizado para as doenças de base.
- O próprio (ou a família) pede cuidados paliativos; escolhe reduzir, parar ou não receber tratamento; deseja focar-se na qualidade de vida.

Procurar por indicadores clínicos de uma ou mais doenças limitantes da vida

Cancro

Deterioração da capacidade funcional devido a cancro progressivo.

Estado físico muito debilitado para tratamentos oncológicos ou tratamento apenas para controlo dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapacidade de se vestir, andar ou comer sem ajuda.

Redução na ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.

Incontinência fecal ou urinária.

Incapacidade em manter a interação verbal; pouca interação social.

Quedas frequentes; fratura do fémur.

Episódios frequentes de febre ou infeções; pneumonia de aspiração.

Doença neurológica

Deterioração progressiva das funções físicas e/ou cognitivas apesar de terapia otimizada.

Problemas de fala com crescente dificuldade de comunicação e/ou deglutição.

Pneumonias de aspiração recorrentes; dispneia ou insuficiência respiratória.

Parálise persistente após Acidente Vascular Cerebral com significativa perda de função e incapacidade progressiva.

Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa e intratável; com sintomas de dispneia ou dor torácica em repouso ou com esforço mínimo.

Doença arterial periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença pulmonar crónica grave: dispneia em repouso ou com esforço mínimo entre as exacerbações.

Hipóxia persistente com necessidade de oxigenoterapia de longo prazo.

Já precisou de ventiloterapia para insuficiência respiratória ou a ventilação é contraindicada.

Outras situações

Deterioração e risco de morrer de outras condições ou complicações irreversíveis; qualquer tratamento disponível terá poucos resultados.

Doença renal

Estádios 4 e 5 de doença renal crónica (TFG < 30 mL/min) com agravamento clínico.

Insuficiência renal com complicações para outras condições clínicas limitantes ou tratamentos.

Indicação para parar ou intolerância à diálise.

Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:

- ascite resistente a diuréticos
- encefalopatia hepática
- síndrome hepatorenal
- peritonite bacteriana
- hemorragias recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático contraindicado.

Avaliar os cuidados atuais e planear os cuidados futuros

- Revisão do tratamento e medicação atuais para garantir que a pessoa recebe cuidados otimizados; polifarmácia minimizada.
- Considerar encaminhamento para um especialista se os sintomas ou problemas forem complexos ou difíceis de tratar.
- Acordar um plano imediato e futuro de cuidados com a pessoa e a sua família. Apoiar os cuidadores.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda da capacidade de decisão.
- Comunicar, coordenar e fazer o registo do plano de cuidados.

no programa informático utilizado pelos médicos e enfermeiros de família poderá ser uma mais-valia na melhoria do conhecimento, prestação e planeamento de cuidados, com posterior avaliação de resultados.

CONCLUSÃO

A aplicação da ferramenta SP ICT-PT™ numa USF do concelho de Matosinhos permitiu a identificação de 7,2 % de utentes com idade igual ou superior a 65 anos com necessidades paliativas. Os doentes com necessidades paliativas são doentes mais idosos e mais dependentes. As patologias mais frequentes nestes doentes foram a insuficiência cardíaca, doenças oncológicas e demência. A aplicação desta ferramenta permite a identificação destes utentes a nível dos cuidados de saúde primários e o melhor planeamento de cuidados a vários níveis.

AGRADECIMENTOS

A todas as médicas da USF Porta do Sol, pela disponibilidade e colaboração prestadas na colheita dos dados: Dr^{as} Ana João Reis, Andreia Chaves Cerejo, Carla Nina, Carla Ponte, Catarina Sá Couto, Maria Espírito Santo, Mariana Tudela, Sílvia Henriques e Tânia Colaço.

À Prof^a Luísa Castro Guedes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto pela disponibilidade e apoio no tratamento estatístico dos dados.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO /CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

IG: Conceção, recolha e análise de dados, escrita do artigo e aprovação final.

CR E FG: Conceção, análise dos dados, revisão do artigo e aprovação final.

IG: Design, data collection and analysis, writing the article and final approval.

CR AND FG: Design, data analysis, revision of the article and final approval.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Comissão de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2013 e da Associação Médica Mundial.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship

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

PROTECTION OF HUMAN AND ANIMAL SUBJECTS: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2013).

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas 2020. [consultado Fev 2024] Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=442993507&PUBLICACOESmodo=2
2. OCDE. Portugal: perfil de saúde do país 2021 – OCDE [consultado Fev 2024] Disponível em: https://www.oecd.org/pt/publications/2021/12/portugal-country-health-profile-2021_298b45fc.html
3. Barbosa A, Galriça Neto I. Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2006.
4. ElMokhallalati Y, Bradley SH, Chapman E, Ziegler L, Murtagh FE, Johnson MJ, et al. Identification of patients with potential palliative care needs: A systematic review of screening tools in primary care. *Palliat Med.* 2020;34:989-1005. doi: 10.1177/0269216320929552.
5. SP ICT-PT™ [Internet]. SP ICT.2019. [consultado Fev 2024] Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-pt/>
6. Mason B, Boyd K, Steyn J, Kendall M, Macpherson S, Murray S. Computer screening for palliative care needs in primary care: a mixed-methods study. *Br J Gen Pract.* 2018;68:e360-9. doi: 10.3399/bjgp18X695729.
7. Afshar K, Wiese B, Schneider N, Müller-Mundt G. Systematic identification of critically ill and dying patients in primary care using the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SP ICT-DE). *Ger Med Sci.* 2020;18:Doc02. doi: 10.3205/000278.

8. Mira M, Pina P, Barbosa AJ. Tradução e validação da escala SPICT™ (Supportive & Palliative Care Indicators Tool) para a população portuguesa. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2018.
9. Mahura M, Karle B, Sayers L, Dick-Smith F, Elliot R. Use of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT™) for end-of-life discussions: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2024; 23:119. doi: 10.1186/s12904-024-01445-z.
10. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila A, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med*. 2014;28:302-11. doi: 10.1177/0269216313518266.
11. Hamano J, Oishi A, Kizawa Y. Identified Palliative Care Approach Needs with SPICT in Family Practice: A Preliminary Observational Study. *J Palliative Med*. 2018;21:992-8. doi: 10.1089/jpm.2017.0491.
12. Hamano J, Oishi A, Kizawa Y. Prevalence and Characteristics of Patients Being at Risk of Deteriorating and Dying in Primary Care. *J Pain Symptom Management*. 2019, 57: 266-72.
13. Martins O. Identificação de Doentes Internados num Serviço de Medicina Interna com Necessidades de Cuidados Paliativos. *Med Interna*. 2020, 27: 131-8.
14. Hight G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and Evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-method study. *BMJ Support Palliat Care*. 2014;4:285-90. doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000488.
15. Piers R, De-Brawer I, Baeyens H, Velghe A, Hens L, Deschepper E, et al. Supportive and Palliative Care Indicators Tool prognostic value in older hospitalised patients: a prospective multicentre study. *BMJ Support Palliat Care*. 2021;bmjspcare-2021-003042. doi: 10.1136/bmjspcare-2021-003042.
16. De-Bock R, Noortgate VD, Piers R. Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population. *J Palliat Med*. 2018, 21: 220-4. doi: 10.1089/jpm.2017.0205.
17. Bourmorck D, Saint-Hubert M, Desmedt M, Piers R, Flamente J, Brauwer I. SPICT as a predictive tool for risk of 1-year health degradation and death in older patients admitted to the emergency department: a bicentric cohort study in Belgium. *BMC Palliat Care*. 2023, 22:79. doi: 10.1186/s12904-023-01201-9.
18. Wijmen MPS, Schweitzer BPM, Pasman HR, Onwuteaka-Philipsen BD. Identifying patients who could benefit from palliative care by making use of the general practice information system: the Surprise Question versus the SPICT. *Fam Pract*. 2020;37:641-7. doi: 10.1093/fampra/cmaa049.
19. Afshar K, van Baal K, Wiese B, Schleef T, Stiel S, Müller-Mundt G, et al. Structured implementation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in general practice - A prospective interventional study with follow-up. *BMC Palliat Care*. 2022;21:214. doi: 10.1186/s12904-022-01107-y.