

GESTOS E ATITUDES EM MEDICINA Centrada no Doente Num Serviço de Medicina Interna

Rui CARNEIRO, Elga FREIRE, Júlia ALVES, Nelson ROCHA

RESUMO

Conduzimos um estudo transversal dirigido a 50 profissionais (18 médicos; 32 enfermeiros) de uma enfermaria de Medicina Interna (MI) de um hospital central versando o conhecimento em vários domínios da Medicina Centrada no Doente Crónico: controlo sintomático, farmacologia paliativa e discussão prognóstica.

Quase 98% concordam que a maior parte dos doentes necessitariam de estratégias dirigidas ao tratamento sintomático e que morrem no hospital em considerável sofrimento (68%). Raramente houve articulação com a equipa de saúde primária em ações paliativas na comunidade. Noventa por cento concorda com necessidade de criação de uma equipa hospitalar nesta área. Quase 57% consideram fundamental a prognosticação antes de iniciar estratégias paliativas. Embora 75% dos profissionais já tenham discutido directivas de fim de vida com, pelo menos, um doente, apenas num caso foram formalizadas por escrito. A taxa de utilização de escalas de avaliação da intensidade da dor foi inferior a 50%. Cerca de 38% não consideravam os opióides major uma opção no tratamento da dor de intensidade moderada, sendo considerados contra-indicados no alívio da dispneia na doença pulmonar obstrutiva crónica por 20% dos profissionais; 55% desconheciam regras de utilização e titulação dos opióides nestes doentes. Cerca de 44% dos elementos usou a via subcutânea como forma preferencial para administração de fármacos e 58% para hidratação.

Apesar da equipa de MI estar atenta ao sofrimento dos doentes e reconhecer a necessidade de estratégias paliativas, estas continuam mais ligadas ao prognóstico e menos à complexidade sintomática. Existem lacunas no que concerne ao controlo sintomático da dor e da dispneia, bem como na utilização da via subcutânea.

SUMMARY

PACIENT CENTERED PRACTICE

In Internal Medicine

We made a cross-sectional study aimed at 50 professionals (18 doctors, 32 nurses) of a tertiary hospital Internal Medicine (IM) ward, focusing the relevant knowledge in various areas of Patient-Centered Care in Chronic Disease: symptom control, pharmacology and palliative prognostic discussion.

Almost 98% believe that most patients need strategies for symptomatic care, which died in hospital in considerable suffering (68%). Provision of palliative care in the community was rarely established with the primary health team. 90% were favourable on the creation of a hospital palliative care team. Around 57% find essential to prognosticate before thinking about mitigation strategies. While 75% of professionals had already discussed end-of-life directives with, at least, one patient, only one case could be formalized in writing. The rate of use of scales for assessing the intensity of pain was less than 50% and 38% did not indicate major opioids for the treatment of moderate intensity pain. These were considered contra-indicated for relief of dyspnoea in chronic obstructive pulmonary disease by 20% of professionals and 55% of those were unaware that its use

R.C., E.F., J.A., N.R.: Medicina Interna. Hospital Geral de Santo António. Porto

© 2010 CELOM

and titration is governed by the same principles used in pain control. Around 44% of the respondents had already used the subcutaneous route for administration of drugs and 58% for hydration.

Despite the team recognition of the potential for suffering of patients and the need for mitigation strategies, they remain linked to prognosis and not to symptomatic complexity. There are gaps in regard to control of pain, dyspnoea and in continuity of care.

INTRODUÇÃO

À medida que o envelhecimento populacional se vai tornando mais expressivo, cresce o número de doentes que acumulam múltiplas patologias crónicas, sobretudo não-oncológicas. O seu percurso é mais prolongado e insidioso e, não raras vezes, impõe aos doentes e cuidadores desconforto físico e psicológico, comprometendo a suas capacidades de trabalho e o lazer, favorecendo, assim, o empobrecimento económico e o isolamento social¹.

No Reino Unido, as doenças cardíacas e respiratórias crónicas foram responsáveis por cerca de 43% das mortes no ano 2000². É conhecido o potencial destas patologias para condicionarem a qualidade de vida, especialmente na sua fase final, sendo pautadas por múltiplas (e frequentemente não previsíveis) agudizações e pela perda progressiva de capacidades funcionais e pela necessidade crescente de supervisão médica apertada³.

A prevalência de sintomas incapacitantes, na fase final da vida dos doentes com patologia crónica não oncológica (cardíacas, respiratórias, doença renal terminal e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), parece ser homogénea e sobreponível a doentes oncológicos⁴.

Dado o cenário do aumento previsível do número de mortes não-domiciliárias (hospitalares e em locais comunitários de cuidados)⁵, da crescente complexidade das doenças, da fragilidade e dependência progressiva de

doentes, aliada à fragmentação de cuidados decorrente dos vários processos co-mórbidos que atingem pessoas de idade avançada, surge a necessidade de implementar novos modelos de cuidados⁶. É crucial que estes permitam estabelecer parcerias entre prestadores de cuidados de saúde, doentes e cuidadores e garantam que as decisões tomadas ao longo do percurso da doença tenham em atenção o respeito pelas necessidades e autonomia de doentes. Isto só é possível com base na optimização das capacidades educacionais e no suporte da equipa de saúde, para que todos possam ser intervenientes activos no processo de decisão.

O modelo da prática da Medicina Centrada no Doente (MCD), cujas dimensões e princípios estão sumariados na Quadro 1, foi desenvolvido durante a última década em ambos os lados do Atlântico⁷. Com a sua implementação foi possível perceber que, orientar os cuidados em torno das expectativas do doente tem o potencial de melhorar a satisfação com o serviço prestado⁸, e que as vantagens em contraposição ao modelo biomédico tradicional, centrado no médico, são muitas, designadamente: maior satisfação do paciente, maior adesão ao tratamento, melhor resposta à terapêutica, maior satisfação do médico, menor número de processos por erro médico, maior eficiência do cuidado, com redução do número de exames complementares e número de intervenientes de outras especialidades^{8,9}.

Quadro 1 – Aspectos fundamentais na MCD

Respeito pelos valores, preferências e necessidades expressas pelos doentes, incluindo compreensão do que significa qualidade de vida, envolvimento no processo de decisão com ênfase na autonomia.

Conforto físico, incluindo controlo da dor e de outros sintomas, apoio nas actividades quotidianas e promoção de ambiente confortável.

Suporte emocional, demonstrando empatia e com controlo do medo e da ansiedade acerca do estado saúde, prognóstico, impacto de doenças e/ou tratamentos nos doentes, nas família e na vertente financeira.

Informação, comunicação e educação quanto ao estado de saúde actual, prognóstico de modo a facilitar autonomia, auto-cuidado e promoção de bem-estar.

Envolvimento de cuidadores no processo de decisão e atenção às suas próprias necessidades

Continuidade do cuidado com suporte transversal nos vários aspectos, clínicos, no planeamento do processo de investigação e na terapêutica de suporte

Acessibilidade facilitada a suporte de equipa, com vias comunicacionais conhecidas e disponibilidade de tempo

Assim, parece óbvia a sintonia entre os conceitos de MCD e o papel da equipa de Medicina Interna (MI), por definição aberta a novos modelos de cuidados, com forte componente de trabalho em equipa, nos vários cenários hospitalares (enfermarias gerais, enfermarias cirúrgicas e de cuidados intensivos, urgência e emergência médico-cirúrgica). A MI tem, como missão, a prática médica balanceada entre os princípios baseados na evidência científica e a medicina holística, focalizada na qualidade de vida¹⁰. Quando se trata de cuidar de doentes na fase final da vida, MCD e Cuidados Paliativos (CP) tornam-se sinónimos.

Em Portugal, pouca informação existe quanto à prática de MCD em doentes portadores de patologia crónica avançada nos vários ambientes de actuação da equipa de MI. É este o fulcro deste documento.

MÉTODOS

À data do estudo, o Serviço de Medicina 1 do Hospital Geral de Santo António apresentava uma equipa de 67 profissionais (21 médicos, 46 enfermeiros, para além de 17 auxiliares e três secretárias administrativas). Apresenta uma lotação de 46 camas em internamento e tem um movimento anual médio de cerca de 1500 doentes. De acordo com dados anteriores¹¹, 23% dos doentes admitidos a internamento correspondem a doentes portadores de doença crónica avançada, de acordo com a definição da *National Hospice Organization*¹², dos quais 75% são doentes não-oncológicos, principalmente insuficientes cardíacos e respiratórios.

O Serviço apresenta um corpo fixo de enfermagem que desempenha funções na enfermaria, enquanto que os médicos dão apoio a serviços cirúrgicos (Ortopedia, Cirurgia Vasculosa e Urologia), tendo, no ano em questão, prestado 230 consultorias internas não urgentes. O pessoal médico exerce ainda funções diferenciadas nas áreas da consulta externa (mais de 9000 consultas no período em questão), na urgência e na emergência hospitalar.

O Serviço de Medicina 1 encontra-se empenhado numa estratégia de prestação de cuidados que satisfaça os utentes, procurando estar atento às necessidades globais, mostrando capacidade de comunicação em equipa, eficácia na estratégia terapêutica curativa e sintomática e dialogando honestamente com o doente e com a família. Foram desenvolvidas uma série de acções de formação (Setembro 2007 a Março 2008) dirigidas a médicos e enfermeiros do Serviço e com o objectivo de propiciar aprendizagem e discussão de metodologias de avaliação sintomática e de prestação de cuidados centrados no doente, particularmente no âmbito dos CP.

Foi elaborado um questionário, respondido previamente à realização das sessões formativas, que visava perceber quais as atitudes adoptadas pela equipa médica e de enfermagem no que concerne à prática da MCD, nos domínios: (1) do controlo sintomático, (2) da farmacologia paliativa, (3) do uso da via subcutânea para medicação e/ou hidratação, (4) do cuidado com a envolvimento dos cuidadores, (5) da discussão de questões relacionadas com a espiritualidade e o fim de vida. Foram ainda exploradas questões de interdisciplinaridade, nomeadamente práticas de articulação com cuidados primários e oportunidade e/ou adequação para actuação de uma equipa intra-hospitalar especializada em cuidados paliativos. O inquérito era constituído por um conjunto de 30 frases versando os vários aspectos descritos, sobre os quais os respondentes opinaram sobre a sua concordância ou pela ausência de conhecimento/opinião definida para responder à questão.

Obtivemos uma taxa de resposta ao questionário de 75%: 32 enfermeiros e 18 médicos, dos quais nove do internato complementar de MI. Mais de metade (n = 25) tinham menos de 30 anos, 30% de 31 a 40 anos e cerca 20% estavam acima desta faixa etária. Vinte e quatro dos profissionais eram do sexo feminino e apresentavam, em média (desvio-padrão), 10,6 (8,96) anos de prática clínica.

Foi construída uma base de dados no programa informático SPSS 12.0 (SPSS para Windows, versão 12.0, SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos da América) e tratada para estatística descritiva e inferencial, assumindo-se como nível de significância, para os testes estatísticos efectuados, o valor de 0,05.

RESULTADOS

1. Relevância da MCD em MI:

No que diz respeito aos cuidados a doentes portadores de patologia crónica avançada, mais de 90% dos inquiridos mostraram interesse efectivo pela formação em Medicina Paliativa e 98% consideraram que a maioria dos seus doentes beneficiariam com estratégias especializadas nesta área. Cerca de 75% dos enfermeiros e 50% dos médicos afirmaram que, apesar de todos os esforços desenvolvidos pela equipa, a morte hospitalar era ainda acompanhada por considerável sofrimento dos doentes, daí que 90% dos profissionais de saúde concordassem com a necessidade de constituir uma Equipa Intra-Hospitalar especializada em Medicina Paliativa.

Para 57,1% dos inquiridos é fundamental a elaboração de um prognóstico prévio à oferta de estratégias paliativas aos seus doentes.

Quanto à possibilidade deste modelo de actuação pro-

mover o aumento da sobrevivência de doentes, verificou-se que, embora um terço dos profissionais considerasse que a utilização de CP possa ter este resultado favorável, o mesmo número de inquiridos desconhecia esse impacto ou pensava que não havia sido alguma vez demonstrado.

2. Controlo sintomático e farmacologia paliativa:

Mais de metade dos profissionais de saúde (54%) não recorria, de forma sistemática, a escalas de avaliação da intensidade da dor. Cerca de 38% dos inquiridos (9/18 médicos e 9/32 enfermeiros) consideravam adequados os opióides major para o tratamento da dor de intensidade moderada; um médico e dois enfermeiros não tinham conhecimento ou opinião quanto a este tópico.

Quase 71% consideraram indicado o uso de opióides major para alívio da dispneia em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Ainda assim, um médico do internato complementar considerou-os formalmente contra-indicados e 10% dos inquiridos referiram não ter conhecimento ou opinião sobre o tema. Menos de metade dos elementos da equipa (44,9%) sabia que o uso e titulação destes fármacos na dispneia se regem pelos mesmos princípios utilizados para a dor e quase um quinto não dispunha de conhecimento ou opinião (4/18 médicos e 7/32 enfermeiros).

Cinquenta e seis por cento dos inquiridos já haviam usado a via subcutânea como forma preferencial para administração de medicação e 42% para hidratação; 81,6% consideraram ser exequível, por esta via, administrar um volume diário de 1500 mililitros, fármacos como tramadol (44,9% das respostas) e ceftriaxone (58,3% das respostas).

Analisando o perfil evolutivo das respostas ao longo do período decorrido entre as três acções formativas, verifica-se uma tendência estatisticamente significativa para o maior uso da via subcutânea para medicação (χ^2 :2,40; p = 0,02) e para hidratação (χ^2 :6,01; p = 0,04). O mesmo não se verificou relativamente ao uso de tramadol e ceftriaxone por esta via.

Outra importante vertente da medicina sintomática e centrada no doente, são os cuidados orais, providenciados sistematicamente por 86% dos profissionais, sendo que 51% elaboravam directivas especificamente dirigidas a esta problemática em, pelo menos, metade dos seus doentes.

3. Envolvência de cuidadores, continuidade no cuidar, cuidados psicológicos, existenciais e terminais:

Quase metade dos inquiridos (44,9%) reconheciam a claudicação familiar como critério formal de internamento e 67% consideravam adequado o horário de visita a doentes internados (no período referente ao estudo, o horário

regular de visita era constituído por um período de nove horas diurno).

Quanto à articulação com outras valências em MCD, 38% da população amostral referiu que, em pelo menos uma situação, havia já planeado e/ou apoiado acções paliativas centradas na comunidade em conjunto com o médico assistente e que os princípios de Medicina Física e de Reabilitação se enquadram neste modelo de cuidar (72% das respostas). Cerca de 52% consideram que a maior parte das situações depressivas em doentes terminais, respondem a uma breve intervenção psico-social feita por elementos não-psiquiatras. Dados acerca das crenças e necessidades religiosas eram sistematicamente pesquisados por 26% dos membros da equipa.

Metade dos profissionais pensava ter dado instruções suficientemente claras quanto à forma preferencial para serem contactados.

Apenas um elemento da equipa referiu ter transposto para registo escrito directivas de fim de vida, embora 74% dos inquiridos já tenha estado envolvido em questões deste domínio com, pelo menos, um paciente.

DISCUSSÃO

Apesar da equipa de MI reconhecer o potencial sofrimento que as patologias e respectivos tratamentos infligem aos seus doentes e a necessidade de estratégias dirigidas ao controlo sintomático, persistem ideias de que CP e MCD continuam na dependência da formulação de um prognóstico e, não tanto da complexidade sintomática inerente. A mais recente definição de CP segundo a Organização Mundial de Saúde¹³, incorporada no Plano Nacional de Cuidados Paliativos¹⁴, e de forma mais abrangente, o racional subjacente à MCD^{7,15} faz a correspondência entre a oportunidade para a sua prática com as necessidades dos doentes e cuidadores e, em lado algum, remete a sua aplicação para o prognóstico. A transição epidemiológica com o deslocamento do predomínio para doenças crónico-degenerativas em prejuízo da doença aguda, torna imperativa a reincorporação das vertentes humanista e holística na prática da Medicina em paralelo com a substituição de objectivos de cura e de evitar a morte (paradigma vigente nos últimos 200 anos) por desígnios de cuidar das pessoas, levando em consideração a perspectiva dos doentes e seus familiares.

Outro mito comum nas equipas de saúde passa pelo facto de ainda se associar os procedimentos relacionados com os CP com a antecipação da morte. Um estudo recente¹⁶, abrangendo uma grande população admitida em instituições norte-americanas de cuidados paliativos (*hospi-*

ces) e composta por mais de 4000 doentes oncológicos e não-oncológicos, revelou que não só não houve redução do tempo de sobrevivência, como ocorreu mesmo prolongamento nos doentes admitidos em cuidados do foro paliativo, tais como (1) a redução do encarniçamento terapêutico, principalmente nos doentes mais debilitados, reduzindo o impacto da iatrogenia, (2) o acompanhamento próximo destes utentes, permitindo maior vigilância e orientação e (3) o melhor apoio psico-social prestado, que já mostrou previamente poder incrementar a sobrevivência¹⁷.

Evidenciámos lacunas no conhecimento e aplicação dos princípios de avaliação e tratamento de sintomas como a dor e dispneia. Tanto enfermeiros como médicos (ainda em formação ou já com formação completa) subutilizavam escalas de avaliação da intensidade da dor e não consideravam os opióides major como adequados para o tratamento da dor de intensidade moderada, contrariamente às múltiplas recomendações para tratamento farmacológico da dor, incluindo o Programa Nacional da Luta Contra a Dor¹⁸, da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral¹⁹ e da Associação Europeia de Cuidados Paliativos²⁰.

Embora apenas uma minoria dos profissionais excluísse opióides major do tratamento da dispneia na DPOC, verificaram-se dificuldades na gestão e titulação destes fármacos. Um corpo grande de evidência científica desmistifica as consequências graves sobre a ventilação, referidas na literatura em décadas anteriores, embora aponte para a necessidade de vigilância apertada deste efeito lateral²¹⁻²⁴. A posição oficial da *American Thoracic Society* sobre cuidados paliativos de doentes respiratórios, recentemente publicada, considera os opióides como fármacos de primeira linha no tratamento da dispneia e apresenta uma clara proposta para sua titulação²⁵. Apesar do avanço do conhecimento e de alguma abertura, algumas sociedades científicas ainda não reformularam definitivamente as suas linhas orientadoras^{26,27}, o que corresponde a um ónus na aplicação deste grupo farmacológico a doentes com intenso sofrimento decorrente da dispneia refractária na DPOC.

Não deixa de ser surpreendente o número de profissionais que utilizavam a via subcutânea para administração de fármacos e/ou hidratação, embora ainda expressando dificuldades nas questões práticas, tais como a selecção de fármacos compatíveis com esta via. O incremento significativo do seu uso, no período de seis meses que mediou as acções de formação, demonstra que a sua utilidade foi percebida na prática pelos profissionais. Este procedimento, frequentemente utilizado no início de século XX, entrou em desuso e só na década de 1970 é que se retomou a sua aplicação, principalmente na

terapêutica analgésica. Rapidamente se reconheceram as potenciais aplicações designadamente na medicina geriátrica e paliativa^{28,29}, permitindo administrar analgésicos, anti-eméticos, corticoesteroides e, inclusivamente, antibióticos como ceftriaxone e cefepima, embora os estudos farmacocinéticos careçam de robustez³⁰. Há, no entanto, um vasto conjunto de dados na literatura que favorece e orienta o seu uso, centrado em relatos de casos e em alguns estudos controlados^{31,32}.

Uma vertente fundamental dos cuidados centrados no doente e nos CP é a atenção à família e às questões psico-sociais e espirituais, incluindo os inerentes às decisões de fim de vida. O cuidado com a família remete igualmente para a importância de prever suporte comunitário em colaboração com o respectivo médico assistente de Medicina Geral e Familiar, escassamente explorado pela equipa de MI. O grupo de profissionais aqui inquirido, mostrou conhecer pouco o contexto religioso/espiritual dos seus doentes e considera que o horário limitado de visitas permitido, responde às necessidades de doentes e familiares. Apesar de parecer evidente o impacto positivo da flexibilidade de horários de visita aos doentes, pouca investigação foi desenvolvida para perceber quais os reais benefícios. Estudos realizados em ambiente de cuidados intensivos apontam para o efeito amenizador da envolvimento da família e/ou amigos³³ mas noutros, inclusivamente em cuidados paliativos, apontam para o risco da sua presença poder ser um elemento intrusivo na prestação de cuidados e no controlo sintomático³⁴. Selecção de visitas, envolvendo prioritariamente os cuidadores directos que conhecem e participam activamente na satisfação dos objectivos do internamento e a flexibilização do horário das visitas, parecem ser medidas que poderão tornar a experiência do internamento menos desagradável.

No contexto de doença crónica terminal, conhecer antecipadamente os objectivos de vida dos doentes é crucial. Estes devem incluir decisões quanto à adequação e à forma da prestação dos cuidados médicos. Apesar dos registos escritos de directivas de fim de vida traduzirem reflexões mais definitivas sobre as preferências dos doentes, vontades expressas oralmente deve ser também ponderadas, constituindo o corolário de um regime comunicacional aberto e do respeito pela autonomia do doente³⁵. Apesar de grande parte dos elementos da equipa referir já ter discutido directivas de fim de vida com, pelo menos, um doente, em apenas um caso estas foram registadas por escrito. Este facto traduz alguma dificuldade em abordar questões relacionadas com o fim de vida, dúvidas quanto à forma processual de o registar e quanto à validade legal de tais registos.

CONCLUSÃO

A admissão a internamento constitui um evento potencialmente perturbador para os doentes e seus cuidadores, no qual a dor e outras disfunções fisiológicas associadas a doenças agudas ou agudizadas se associam a dificuldades emocionais ligadas às atitudes diagnósticas e terapêuticas, à perturbação do sono, da mobilidade e ao menor acompanhamento presencial das pessoas relevantes para os doentes. A transição para o domicílio é frequentemente acompanhada da sensação de medo e insegurança quanto à natureza da doença e das necessidades acrescidas, bem como ao tipo de acompanhamento que será disponibilizado.

Formação específica no controlo de sintomas e continuidade de cuidados são fundamentais para a excelência na prática de MCD. A equipa de saúde que presta cuidados no âmbito da MI tem necessariamente que desenvolver competências no controlo sintomático, no processo de decisão, na gestão dos gestos terapêuticos e complicações associadas, na comunicação, no cuidado com o doente terminal e agónico bem como na vertente psicossocial e na coordenação dos cuidados. Este modelo, embora desenvolvido no contexto do cuidado com doentes crónicos avançados, mostrou ser aplicável à gestão de doenças crónicas não terminais e mesmo na patologia aguda, vendo reconhecido desta forma, o seu valor universalista³⁶.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

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

BIBLIOGRAFIA

1. KAPO J, MORRISON L, LIAO S: Palliative care for the older adult. *J Palliat Care* 2007;10(1):185-209
2. FITZSIMONS D, MULLAN D, WILSON JS et al: The challenge of patient's unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliat Med* 2007;21:313-322
3. GLARE P, CHRISTAKIS N: Predicting survival in patients with advanced disease. In Doyle, Hanks, Cherny, Calman. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* 3ª edição Nova Iorque, Oxford University Press 2005:29-41
4. SONALLO JP, GOMES B: A comparison of symptom prevalence if n far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J. Pain Symptom Manage* 2006;20(1):58-69
5. GOMES B, HIGGINSON I: Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliat Med* 2008;22:33-41
6. US Department of Health and Human Services: The Surgeon General's Call for Action to improve the health and wellness of persons with disabilities. www.surgeongeneral.gov 2005 [acedido em 6 de Agosto de 2006]
7. Picker Institute, 2004 Patient-centered care 2015: scenarios, vision, goals & next steps.
8. RIBEIRO M, AMARAL C: Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Brasil de Educ Méd* 2008;32(1):90-97
9. STEWART M, BROWN JB, DONNER A et al: The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804
10. WACHTER R: The state of hospital medicine in 2008. *Med Clin N Am* 2008;92:265-273
11. CARNEIRO R, SOUSA E, GUERREIRO T, ROCHAN: Qualidade e Satisfação com a prestação de cuidados na patologia avançada em Medicina Interna. *abst IV Congresso Nacional de Cuidados Paliativos* 2008
12. National Hospice Organization (USA): Guideline for determining prognosis for selected non-cancer diagnosis; 2ª edição; www.guideline.gov 1996 [acedido em 10 de Abril de 2006]
13. Organização Mundial da Saúde: Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs. Genève 1990
14. Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Circular 2004; Normativa de 13 de Julho
15. CHAGGER DALLE and The Commonwealth Fund: Patient-centered Care: what does it mean? www.thecommonwealthfund.org [acedido em 14 de Dezembro de 2008]
16. CONNOR S, PYENSON B, FITCH K, SPENCE C, IWASAKI K: Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a tree-year window. *J Pain Symptom Manage* 2007;33(3):238-246
17. KROENKE CH, KUBZANSKY L, SCHERNHAMMER E, HOLMES M, KAWASCHI I: Social networks, social support and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 2006;24:1105-11
18. Direção-Geral de Saúde: Plano Nacional de Luta Contra a Dor. www.dgsaude.pt 2001 [acedido em 14 Dezembro 2008]
19. Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral: Recomendações para o Tratamento Farmacológico da Dor www.apmcg.pt 2006 [acedido em 17 de Setembro de 2007]
20. HANKS GW, CONNO F, CHERNY N et al: Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Brit J Cancer* 2001;84(5):587-593
21. LORENZ K, LYNN J, SYDNE M et al: Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008; 148: 147-159
22. JENNINGS A, DAVIES A, HIGGINS J, GIBBS R, BROADLEY K: A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax* 2002;57:939-944
23. ABERNETHY A, CURROW D, FRITH P et al: Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. *BMJ* 2003;327:523-8
24. ROCKER G, SINUFF T, HORTON R, HERNANDEZ P: Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: innovative approaches to palliation. *J Palliat Med* 2007;10(3):783-797
25. LANKEN P, TERRY B, HORACE M et al: American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:912-927

26. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease www.goldcopd.org [acedido em 14 de Dezembro de 2008]
27. KVALE P, SELECKY P, PRAKASH U: Palliative Care in Lung Cancer: ACCP. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines Chest 2007;132:368S-403S
28. GRAHAMF, CLARK D. The syringe driver and the subcutaneous route in palliative care: the inventor, the history and the implications. J Pain Symptom Manage 2005;29(1):32-40
29. GALVÃO C: Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal. Postgraduate Medicine 2005;23(2):97-107
30. NETO I: Utilização da via subcutânea na prática clínica. Med Int 2008;15(4):277-283
31. TWYXCROSS R, WILCOCK A: Palliative Care Formulary 3ª edição. Disponível em www.paliativedrugs.com [Acedido em 10 de Junho de 2006]
32. DICKMAN A, LITTLEWOOD C, VARGA J: The syringe driver: continuous subcutaneous infusions in palliative care. Nova Iorque. Oxford University Press 2002
33. ROLAND P, RUSSELL J, RICHARDS K, SULLIVAN S: Visitation in Critical Care: Processes and Outcomes of a Performance Improvement Initiative. J Nurs Care Quality 2001;15(2):18-26
34. COOPER L, GRAY H, BROWN D, MCLAUGHLIN P, WATSON J: Open all hours: a qualitative exploration of open visiting in a hospice. In J Palliat Nurs 2008;14(7):334-341
35. PANTILAT S, ISAAC M: End-of-life care for the hospitalized patient. Med Clin N Am 2008;92:349-370
36. GLARE P, AURET K, AGGARWAL G et al: The interface between palliative medicine and specialists in acute-care hospitals: boundaries, bridges and challenges. MJA 2003;179:S29-S31



Hospital Geral de Santo António. Porto