

Doentes Crónicos e Cuidados Paliativos: Da Identificação Precoce ao Cuidado Centrado na Família, num Serviço de Medicina Interna

Chronic Patients and Palliative Care: From Early Identification to Family-Centred Care in an Internal Medicine Service

Natália Loureiro¹ (<https://orcid.org/0000-0003-2140-7208>), Davide Carvalho² (<https://orcid.org/0000-0002-1878-489X>)

Resumo:

Os chamados doentes crónicos com critérios de cuidados paliativos, que apresentam necessidades de cuidados multidisciplinares e de gestão de controlo sintomático, são cada vez mais frequentes no internamento de um Serviço de Medicina Interna. O estabelecimento do prognóstico nestes doentes torna-se fundamental para a definição de plano terapêutico adequado à necessidade individual (evitando terapêuticas e/ou investigações desnecessárias), para a comunicação eficaz e adequada com a família e para a redução de custos associados à prestação de cuidados. Apesar de existirem na literatura diversos índices prognósticos, torna-se difícil a sua aplicabilidade, por diversas razões. Os autores deste artigo propõem, então, como dados pertinentes na admissão de um doente no internamento de Medicina Interna, de forma que se facilite o estabelecimento do prognóstico e se permita um plano de abordagem multidisciplinar, os seguintes itens: estado funcional e cognitivo; patologias definidoras de prognóstico e síndrome da fragilidade; questão surpresa no serviço de urgência; comunicação com a família.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Doença Crónica; Medicina Interna; Prognóstico.

Abstract:

Chronic patients with palliative care criteria, and who require multidisciplinary care and symptomatic control management, are increasingly frequent in the inpatient unit of an Internal Medicine Service. The definition of prognosis in these patients becomes fundamental for the development of a personalized therapeutic plan (avoiding unnecessary therapies and/or investigations) for effective and adequate communication with the family to reduce the costs associated with the provision of care. Although several prognostic indexes exist in the literature, their

applicability is difficult for several reasons. The authors of this article propose, therefore, as relevant data at the admission of a patient to the Internal Medicine ward, to facilitate the establishment of the prognosis and to allow a multidisciplinary approach plan, the following items: functional and cognitive status; prognosis-defining pathologies and frailty syndrome; surprise question at the emergency service; communication with the family.

Keywords: *Chronic Disease; Internal Medicine; Palliative Care; Prognosis.*

Introdução

Atualmente, os doentes internados nas enfermarias de Medicina Interna apresentam uma grande heterogeneidade em termos de gravidade, tipos de patologia, estado funcional e cognitivo, além de diversos contextos sociais.¹ Na sua grande maioria, estes doentes apresentam doenças crónicas, representando um grande desafio nos sistemas de saúde, em função da maior longevidade alcançada pelo crescente desenvolvimento técnico-científico na Medicina. Nestes doentes a prioridade não é a cura, mas sim uma gestão adequada da continuidade de cuidados de forma multidisciplinar.

Por isso, na admissão de um doente num Hospital de Agudos, em particular numa enfermaria de Medicina Interna, é preciso definir antecipadamente o prognóstico, pois será determinante nas decisões em relação às estratégias diagnósticas, terapêuticas e de *follow-up*, evitando terapêuticas e/ou investigações desnecessárias, tratamentos agressivos, não benéficos, que aumentam grandemente os custos associados à prestação de cuidados e provocam aumento do sofrimento físico e psicológico do doente e família pela manutenção de terapêuticas que aumentam o número de dias de vida, sem modificar o desfecho do evento final, atrasando o entendimento do doente e dos familiares sobre o curso natural da sua doença terminal.²⁻¹¹

E assim, estimar o prognóstico pode ser particularmente importante em doentes idosos, isto porque, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a população europeia está a envelhecer, e estima-se que, até 2050, mais de um quarto da população da região europeia terá 65 anos ou mais.¹²

Em particular, em Portugal, o envelhecimento global da população é duplamente influenciado — pela baixa natalidade

¹Mestre em Cuidados Paliativos, Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Médica da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Hospital de S. Gonçalo, Amarante, Portugal.

²Enfermeiro, Medicina Ala B, Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Hospital de S. Gonçalo, Amarante, Portugal.

e pelo aumento da esperança média de vida —, como revelam dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), de 2018.¹³ Com o aumento da esperança média de vida, concomitantemente verifica-se um aumento no número de comorbilidades da população adulta e idosa, resultando no chamado processo de cronicidade da maior parte das doenças,¹⁴ nomeadamente das doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes *mellitus*, cancro e demência. Como muitas dessas doenças ocorrem frequentemente em simultâneo, com períodos de agudização, entre os idosos, este grupo torna-se muito vulnerável e suscetível a internamento e a reinternamento hospitalares.^{15,16} Isso traduz-se no número crescente de altas de internamento em hospitais portugueses, em doentes com 65 ou mais anos (em 2018, esse grupo representou 43,1 % do total de utentes, mais 13,9 % em relação a 2000).¹⁷

Diante desta realidade nas enfermarias de Medicina Interna, torna-se pertinente o completo entendimento acerca do cuidar deste doentes idosos, tão vulneráveis (do ponto de vista clínico e social), com doenças crónicas e com necessidade de controlo sintomático, bem como perceber como a família/cuidador enquadra-se neste contexto, suas dúvidas, ansiedades e dificuldades no lidar com estes doentes.

NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS E OS DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS

É necessário citar dois conceitos que devem estar presentes na abordagem de um doente com doenças crónicas avançadas: a identificação precoce de doentes com necessidade de cuidados paliativos e as trajetórias de fim de vida nas patologias crónicas. Lunney *et al*¹⁸ descreveram, em 2003, três diferentes modelos de trajetórias de declínio funcional no fim de vida, ilustrando padrões típicos de doentes classificados de acordo com a principal doença crónica:

1) Trajetória de estabilidade e/ou fase de declínio interrompida por uma queda severa nas últimas semanas - por exemplo cancro;

2) Trajetória de declínio gradual ou em escada, com episódios agudos relacionados com a evolução da doença - por exemplo insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica e doença hepática crónica;

3) Trajetória de declínio progressivo relacionado com síndrome demencial, por exemplo.

A identificação precoce da necessidade de cuidados paliativos apresenta inúmeros benefícios: ajuda a clarificar as preferências de tratamento, bem como os objetivos a serem atingidos; melhora a qualidade de vida através do controlo sintomático; reduz o stress; e permite terapêuticas menos agressivas e dispendiosas e que podem até resultar num aumento da sobrevida.¹⁹

Em particular, as doenças cardíacas e respiratórias, patologias não oncológicas de grande frequência num Serviço de Medicina Interna, apresentam potencial para condicionarem a

qualidade de vida. Assim, e, especialmente na sua fase final, são caracterizadas por um declínio funcional progressivo, com perda gradual de capacidades funcionais, e pela necessidade crescente de supervisão médica. A trajetória deste tipo de patologia crónica resulta numa maior dificuldade para a formulação do prognóstico,^{5,20} e, conseqüentemente, na mudança do foco de tratamento curativo para paliativo. Não obstante, pelo facto de os doentes apresentarem inúmeras comorbilidades (oncológicas e não oncológicas), pode ocorrer no fim de vida um comportamento heterogéneo envolvendo uma ou mais trajetórias, dificultando a realização do prognóstico de forma mais assertiva.

O internista tem assim no seu dia a dia, doentes com idade avançada e com agudização de uma patologia crónica, contribuindo assim para um aumento da fragilidade com redução da progressiva da reserva funcional.²¹ Por outro, um crescente número dos chamados “doentes crónicos complexos”, definidos como aqueles que geralmente são idosos (idade igual ou superior a 75 anos), apresentam três ou mais patologias crónicas, cinco ou mais recursos ao Serviço de Urgência (SU) no ano, três ou mais internamentos hospitalares no ano, polimedicados (seis ou mais fármacos) e com critérios de fragilidade (devido a fatores socioeconómicos e/ou clínicos). O cuidar destes doentes crónicos complexos torna-se bastante difícil, uma vez que apresentam comorbilidades que limitam o tratamento de outras doenças, condicionando redução da expectativa de vida, proporcionando interações medicamentosas ou constituindo contra-indicações diretas às terapêuticas para outras patologias.^{22,23}

Estima-se que, mundialmente, mais de 20 milhões de pessoas, a cada ano, necessitem de cuidados paliativos no final da vida. A maioria (69%) é composta por idosos.²⁴ Torna-se assim imperativa a identificação precoce da necessidade de cuidados paliativos em doentes com doenças crónicas e prognóstico reservado, além do cuidado centrado no doente e na família, num Serviço de Medicina Interna, com foco, em particular, numa população mais idosa, com pluripatologias (não oncológicas e oncológicas), elevada razão morbidade/mortalidade, que passa a ser assim o grupo mais prevalente do internamento e que é responsável por um número elevado de admissões no Serviço de Urgência. São doentes com vários internamentos, e cada vez mais prolongados, acarretando não só um prejuízo global em termos de qualidade de vida ao doente, mas também em gasto de recursos.^{14,25-27}

O CONCEITO DE *FRAILTY*

Atualmente é de se considerar o conceito de fragilidade denominado em inglês *frailty*. Considerada uma condição clínica de natureza multifatorial, a síndrome da fragilidade está relacionada com sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção do sistema imunológico, sendo o fenótipo constituído pelas seguintes características: perda de peso não intencional, autorrelato de fadiga e/ou exaustão, diminuição

da força muscular, lentidão na velocidade de marcha e baixo nível de atividade física. Um indivíduo é considerado frágil se apresentar três ou mais dos critérios descritos anteriormente. A presença de um ou dois critérios caracteriza a condição de pré-fragilidade.^{28,29} Em conjunto, as alterações nos múltiplos sistemas conduzem a um declínio fisiológico, tanto a curto como a longo prazo, proporcionando maior vulnerabilidade do indivíduo a desfechos adversos, que em última análise resultam em redução da sobrevida. Apesar de não ser sinônimo destas condições, a fragilidade está relacionada com a presença de doenças crônicas e incapacidade, podendo predispor esses eventos ou ser causada por eles. As interações entre esses fatores resultam num círculo vicioso, em que o aumento da fragilidade leva a um risco acrescido de surgimento de mais défices, o que conduz na direção de maior incapacidade e fragilidade.³⁰

O próprio envelhecimento em si atua como fator predisponente para a existência da síndrome de fragilidade, em função das alterações multiorgânicas que decorrem da interação de mecanismos fisiológicos e condições patológicas. Entretanto nem todos idosos são frágeis sugerindo que a síndrome se caracteriza por alterações mais pronunciadas dentro do processo fisiológico normal de envelhecimento. Num estudo realizado por Amblás-Novellas *et al*,¹⁹ verificou-se que em quase metade dos doentes avaliados não foi identificada nenhuma doença avançada crônica (os chamados doentes com fragilidade avançada sem critérios de doença crônica), mas que foram considerados com necessidade de cuidados paliativos. Isto é relevante porque sugere que para a identificação precoce da necessidade de cuidados paliativos é preciso considerar não só as variáveis centradas nas doenças, mas também indicadores de vários domínios. A fragilidade deve ser considerada não só como um fator independente, mas também como um parâmetro relacionado com a reserva corporal do doente, evidenciando assim a necessidade de novos modelos conceituais, através da criação de novas trajetórias de fim de vida, de forma que se proporcionem melhores cuidados a um grande número de doentes.^{20,31}

Interessantemente, a fragilidade também está associada a piores condições económicas e a baixos níveis de escolaridade.³² Nesse sentido, surge o conceito de Modelo Integral de Fragilidade, no qual a fragilidade é definida como um estado de pré-incapacidade resultante de perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico e social), influenciada por fatores fisiológicos e patológicos, e que pode resultar em inúmeros recursos ao sistema de saúde, hospitalizações e aumento da mortalidade.³³ O rendimento e a escolaridade não atuam diretamente na fisiopatologia da fragilidade, mas interferem fortemente no estilo e na qualidade de vida do indivíduo e, conseqüentemente, nos fatores que covariam com a condição socioeconómica, inclusive sexo e idade, os quais podem ter influência sobre o processo de fragilização.³²

O PROGNÓSTICO NA PRÁTICA CLÍNICA

Falar de prognóstico em doentes em situação paliativa é atualmente fundamental, quando o paradigma de uma enfermaria de Medicina Interna se tem alterado nas últimas décadas e se tornou, assim, parte do quotidiano de um internista a avaliação diária de doentes crônicos com necessidade de cuidados paliativos.^{34,35}

Apesar de ser cada vez mais importante e necessário o estabelecimento do prognóstico, este estará sempre associado a um certo grau de incerteza, uma vez que o processo de fim de vida é ao mesmo tempo de etiologia multifatorial, mas estritamente individual. Além disso, quanto mais precoce for o objetivo de realizar um prognóstico, mais difícil será o estabelecimento deste em função de determinadas variáveis ainda não disponíveis ou não totalmente esclarecidas e definidas nesta altura.¹⁹

Segundo a European Association of Palliative Care (EAPC), a estimativa clínica da sobrevivência, que consiste numa formulação clínica subjetiva baseada na experiência clínica e no conhecimento dos fatores de prognóstico e da história natural da doença,³⁶ é uma forma válida de estimar o prognóstico vital e deve ser utilizada em combinação com outros fatores ou integrada em ferramentas de prognóstico, no sentido de maximizar o seu poder preditivo.^{25,37} Assim, a existência de índices prognósticos que englobem uma abordagem multidimensional adaptada a diversas patologias apresenta um papel preponderante, além dos *cut-off* baseados na idade, na tomada de decisões clínicas.^{34,38,39}

Embora certas variáveis estejam amplamente relacionadas com maior risco de mortalidade, não existe um único indicador de prognóstico que identifique de forma precisa o tempo de sobrevida dos doentes a curto prazo. A abordagem clássica do prognóstico com foco nos critérios de gravidade da doença crônica avançada tem limitações, pois este modelo mostrou baixa capacidade prognóstica, particularmente em doentes com síndromes geriátricas e múltiplas patologias crônicas. Um modelo de prognóstico focado em doentes idosos com doenças crônicas deve consistir na atribuição de um índice de gravidade de um doente, baseado em características do doente e da medição de variáveis fisiológicas aquando da admissão, devendo ter em consideração, em linhas gerais, entre mais: a idade; o diagnóstico primário; o estado geral de saúde; a capacidade funcional antes e depois do início da doença e o número de comorbidades que o doente apresenta; estado funcional, nutricional e cognitivo; presença de síndromes geriátricas como *delirium*; disfagia; úlceras de pressão; quedas repetitivas; fragilidade; sintomas como dispneia e ansiedade; vulnerabilidade social.¹⁹ Estas variáveis estão presentes em diversos graus em algumas das seguintes escalas que identificam doentes com necessidades de cuidados paliativos: PIG-GSF (*Prognostic Indicator Guidance of the Gold Standards Framework*),⁴⁰ SPICT (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool*),⁴¹ RADPAC (*RADboud*

indicators for Palliative Care needs),⁴² PCST (*Palliative Care Screening Tool*),⁴³ PPS (*Palliative Performance Scale*)⁴⁴ e NECPAL CCOMS-ICO (*NECesidades PALiativas CCOMS-ICO*).⁴⁵

Na literatura, existem múltiplos exemplos de índices de prognóstico para doentes idosos com pluripatologias que podem ser utilizados na enfermaria de Medicina Interna, como: o modelo PROFUND, que inclui variáveis como as demográficas (idade), a patologia de base, a presença de sintomas (o *delirium* em internamento), valores analíticos (hemoglobina), funcionais (escala de Barthel), sociofamiliares (necessidade de cuidador) e o número de internamentos no último ano;⁴⁶ o Índice FADOI-COMPLIMED, que combina informações relacionadas ao estado de dependência/fragilidade funcional e comorbidades,⁴⁷⁻⁵⁰ com base num questionário de 34 itens, que, segundo os autores, demora dez minutos a ser realizado; e o chamado Índice de Prognóstico Multidimensional (MPI — *Multidimensional Prognostic Index*), que é uma ferramenta de estimativa de prognóstico validada, sensível e específica, que inclui informações como o estado cognitivo e funcional, o estado nutricional, as comorbidades, o risco de úlceras de pressão, o número de medicamentos e a situação social,⁵¹ sendo demonstrado recentemente por Pilotto *et al*, através de um estudo de coorte longitudinal e multicêntrico, que valores mais elevados de MPI estão associados a maior mortalidade e a outros resultados negativos.⁵²

No entanto, o uso destas ferramentas não é aplicado de rotina na prática médica por várias diversas razões⁵³: alguns modelos existentes são aplicáveis apenas a populações específicas de doentes e, portanto, são inadequados a doentes com pluripatologias^{54,55}; ou são baseados numa avaliação subjetiva do médico⁵⁶; ou apresentam questionários extensos ou que exigem o conhecimento de informações sobre o status funcional, por exemplo, o que nem sempre é possível porque não constam em registos prévios no processo clínico individual ou porque não existem acompanhantes no Serviço de Urgência que confirmem este tipo de informação.⁵⁷⁻⁶²

PROPOSTA DE FORMULAÇÃO DO PROGNÓSTICO NA ADMISSÃO DO INTERNAMENTO

Os autores definem como fatores preponderantes na admissão de doentes num Serviço de Medicina Interna, e sugerem que estejam presentes na nota de entrada, de forma que se facilite a elaboração do prognóstico e se permita um plano de abordagem multidisciplinar, os seguintes itens:

1-Estado funcional e cognitivo

De facto, a capacidade funcional, e principalmente a sua evolução, tem vindo a ser validada como um fator prognóstico de valor definitivo, tanto na doença oncológica como na não oncológica.⁶³ Atualmente, um dos pilares dos cuidados geriátricos é a avaliação geriátrica global (AGG), definida como um instrumento de diagnóstico e terapêutica multidimensional de um idoso,⁶⁴ revelando ser superior a outros índices e modelos

prognósticos, como mostrou Martinez-Velilla.^{65,66} A AGG identifica as limitações clínicas, psicossociais e funcionais de um idoso frágil, a fim de desenvolver um plano coordenado para manutenção da capacidade funcional e de reduzir o risco de hospitalização, utilizando a avaliação das componentes física, cognitiva, afetiva, social, financeira, ambiental e espiritual da saúde. A AGG é baseada na premissa de que uma avaliação sistemática de idosos frágeis por uma equipa de profissionais de saúde pode identificar de forma precoce uma variedade de problemas de saúde tratáveis, proporcionando uma melhor qualidade de vida.⁶⁷

Entre idosos hospitalizados, os estados funcional e cognitivo contribuem para a definição de estratégias terapêuticas, nomeadamente a instituição precoce dos cuidados paliativos.⁶⁶ Isto acontece, provavelmente, porque estes índices refletem a gravidade e traduzem o resultado final de muitas doenças e fatores psicossociais diferentes, sendo a trajetória final comum para muitos eventos clínicos em doentes idosos.^{65,68-72}

Ainda de citar duas escalas de avaliação funcional muito utilizadas na prática corrente: o Índice de Karnofsky⁷³ e o Índice de Katz.⁷⁴ O Índice de Karnofsky é uma escala numérica contínua entre os valores 0 e 100, em que a valores mais baixos corresponde maior grau de debilidade global do estado de saúde. O Índice de Katz (ou Índice de Independência para Atividades de Vida Diária), expresso numa variável numérica ordinal, de 0 a 6, pretende caracterizar o grau de dependência de adultos idosos nos domínios da realização da higiene, cuidados pessoais, transferências, alimentação e continência esfinteriana; valores mais baixos nesta escala implicam menor grau de autonomia.

2-Patologias definidoras de prognóstico e síndrome da fragilidade

O processo de fim de vida inicia-se quando é perceptível que o doente pode morrer num período estimado de 6-12 meses, ainda que este processo se possa prolongar, sendo reconhecidos pela progressão da doença de base, com redução da resposta aos tratamentos e aumento da dependência. Em 2016, o Royal College of General Practitioners atualizou as suas linhas de orientação na elaboração do prognóstico das doenças crónicas, consideradas patologias definidoras de prognóstico, com o chamado *The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance* (PIG), que na realidade é um guia para a elaboração do prognóstico, ao ajudar no reconhecimento precoce de doentes em fim de vida (Tabela 1).⁴⁰

Sendo a fragilidade é uma das condições mais prevalentes no fim de vida e tendo em conta as mortes que ocorrem em idosos frágeis (estima-se que 40% destes idosos não apresentem um diagnóstico principal),³¹ a fragilidade torna-se um importante preditor de prognóstico, independente da presença ou não de uma patologia crónica de base. Assim, deve-se identificar os doentes idosos com critérios de fragilidade

Tabela 1: Indicadores Clínicos Específicos de Deterioração. Adaptado de Thomas K, et al GSF Proactive Identification Guidance 2016. National GSF Centre in End of Life Care UK <http://www.goldstandardsframework.org.uk/> (MRC — Medical Research Council; NYHA — New York Heart Association).

| Indicadores Clínicos Específicos de Deterioração | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fragilidade | <ul style="list-style-type: none"> Estado funcional reduzido (Barthel/ECOG/Karnofsky) Combinação de pelo menos três dos seguintes sintomas: astenia, dificuldade na marcha, perda de peso, exaustão, reduzida atividade física e depressão |
| Cancro | <ul style="list-style-type: none"> Doença metastática Estado funcional do doente (doentes que estão mais de 50% do dia acamados) |
| Insuficiência Renal Crónica | <p>Estádio 4 ou 5 da doença renal crónica, com pelo menos dois dos indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Doentes que recusam ou interrompem diálise, ou com falência renal após transplante (e recusam diálise) Sintomas de difícil controlo apesar da terapia de substituição renal Doença renal sintomática: náuseas, vômitos, anorexia, prurido, mau estado funcional, prurido, hiper-hidratação intratável |
| Acidente Vascular Cerebral | <ul style="list-style-type: none"> Persistente estado vegetativo ou com escassa vida de relação Complicações médicas Sem resposta ao tratamento no prazo de três meses Comprometimento cognitivo/demência pós-acidente vascular cerebral |
| Doença de Parkinson | <ul style="list-style-type: none"> Refratariedade ao tratamento com múltiplos fármacos Aumento dos fenómenos “off” (e seu difícil tratamento) Aumento gradativo de ajuda para as atividades de vida diária Difícil controlo da doença com discinesia, redução da mobilidade e quedas Sinais psiquiátricos: depressão, ansiedade, alucinações ou psicose Síndrome clínica de fragilidade |
| Doenças do Neurónio Motor | <ul style="list-style-type: none"> Rápido declínio do estado físico Primeiro episódio de pneumonia de aspiração Aumento das dificuldades cognitivas Perda de peso Sintomas de difícil controlo e complicações médicas Reduzida capacidade vital (abaixo de 70% do previsto) Discinesia, mobilidade reduzida e quedas Dificuldade na comunicação |
| Esclerose Múltipla | <ul style="list-style-type: none"> Presença de sintomas complexos significativos e complicações médicas Disfagia e caquexia Disartria e fadiga Défice cognitivo com demência em evolução |
| Doença Neuropsiquiátrica | <ul style="list-style-type: none"> Deterioração progressiva da função motora e/ou cognitiva, apesar da terapêutica adequada Sintomatologia de difícil controlo Presença de disfagia, provocando pneumonia de aspiração recorrente, quadro séptico, dispneia ou insuficiência respiratória grave Vida de relação progressivamente mais escassa |
| Síndrome Demencial | <p>Existem muitas condições que podem resultar em diferentes estádios da demência. Sinais de avanço da doença são:</p> <ul style="list-style-type: none"> Impossibilidade de caminhar sem ajuda Incontinência urinária e fecal Escassa vida de relação Impossibilidade de realizar as atividades de vida diária Índice de Barthel < 3 |
| Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) | <p>Presença de pelo menos dois dos seguintes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> FEV1 (volume expiratório forçado em 1 segundo) <30% do previsto Internamentos hospitalares recorrentes (pelo menos três nos últimos 12 meses devido à DPOC) Crítérios para oxigenioterapia de longa duração Índice de dispneia do MRC grau 4/5 Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca direita Corticoterapia sistémica por período superior a 6 semanas nos últimos 6 meses Combinação de fatores como anorexia; infeção prévia por microrganismo resistente |
| Insuficiência Cardíaca (IC) | <p>Pelo menos dois dos seguintes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estádio funcional da IC classe III ou IV NYHA Internamentos repetidos com sintomatologia associada Refratariedade à terapêutica proposta |

ou de pré-fragilidade, o que contribui para a elaboração do prognóstico, além de facilitar o plano de estratégia diagnóstica e/ou terapêutica.

3-Questão-surpresa no Serviço de Urgência

Uma vez que a grande maioria dos internamentos provém do SU, torna-se necessário ainda no SU identificar em particular doentes com necessidade de cuidados paliativos oncológicos e não oncológicos.⁷⁵⁻⁷⁸ Já em 2010, um estudo publicado por Temel e colaboradores⁷⁹ demonstrou que a introdução precoce dos cuidados paliativos em doentes com neoplasia pulmonar metastática proporcionava alívio sintomático com melhor qualidade de vida. Desde então, esta evidência passou a ser aplicada em vários outros doentes com diagnósticos terminais. Mais recentemente, o primeiro estudo randomizado com médicos do SU que identificou a necessidade de cuidados paliativos em doentes com cancro em fase avançada reproduziu os principais resultados do estudo de Temel, sugerindo mais uma vez a importância da identificação precoce de doentes com necessidades de cuidados paliativos.^{77,80}

No sentido de otimizar a identificação específica de doentes com critérios de cuidados paliativos, seria interessante a criação de ferramentas iniciais, mais intuitivas e de fácil compreensão e interpretação. Assim, um modelo baseado na impressão clínica seria particularmente adequado para médicos no SU, que necessitam de avaliar, de uma forma rápida, o prognóstico do doente para a tomada de decisões.⁸¹ Apesar de o SU e os cuidados paliativos apresentarem objetivos distintos, possuem por muitas vezes doentes em comum (por exemplo, em caso de agudização da doença de base ou de ausência de resposta em ambulatorial/Hospital de Dia), sendo necessário ao profissional médico saber fazer a distinção do nível de cuidados para estes doentes com necessidade de cuidados paliativos, bem como reconhecê-los de forma precoce e atempada no SU, evitando a chamada distanásia.⁸²

A integração intuitiva de dados clínicos, psicológicos e sociais na resposta à questão “Ficaria surpreendido se o doente falecesse nos próximos meses, semanas ou dias?” é a proposta do Royal College of General Practitioners para a identificação de potenciais doentes em fase terminal.⁴⁰ A pergunta-surpresa “Ficaria surpreendido se esse paciente morresse no próximo ano?” tem sido amplamente utilizada em doentes com neoplasias e com outras patologias, no sentido de prever a mortalidade em um ano, com sensibilidade moderada e alta especificidade.^{78,83} Apesar de esta pergunta ser um instrumento simples e eficaz, o prazo de um ano provavelmente tem limitações no uso da prática clínica, nomeadamente numa situação de urgência. Assim, na tentativa de aumentar a capacidade do seu uso, e ao mesmo tempo mantendo a sua simplicidade, Haydar e colaboradores⁸¹ propuseram uma versão modificada da questão-surpresa (*Emergency Department Mandatory Surprise Question - EDMSQ*)

“Ficaria surpreendido se esse doente morresse nos próximos 30 dias?”, sendo de esperar, assim, que o maior número de óbitos e das chamadas medidas de conforto fossem prevalentes no grupo “Não, eu não ficaria surpreendido”. Foi então realizado um estudo observacional, no qual os médicos de emergência responderam à questão-surpresa modificada a cada admissão durante um período de estudo de cinco meses. Os resultados deste estudo mostraram que a questão-surpresa modificada pode ser utilizada pelos médicos que trabalham no SU, de forma simples e eficaz, identificando de forma rápida os doentes com necessidade de cuidados paliativos.

4-Comunicação com a família

Perante a situação identificada de doença progressiva e irreversível, o cerne principal centra-se em dar resposta às necessidades da pessoa, de forma que controle os sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais e, assim, atinja o máximo de conforto e bem-estar possível para a pessoa doente e para a família.⁸⁴⁻⁸⁶

Um internista ou um enfermeiro possuem, após a identificação de uma pessoa em situação paliativa ou em fim de vida, uma oportunidade única de realizar uma abordagem diferenciada na admissão hospitalar; no entanto, precisam de ter capacidade para tal e, sobretudo, de estar cientes das barreiras e oportunidades dessa mesma abordagem.⁸⁷

A capacitação das equipas é fundamental na abordagem à pessoa e família em situação paliativa ou em fim de vida, e, como tal, a comunicação é parte essencial deste processo. A comunicação efetiva com o doente tem vindo a afirmar-se cada vez mais como uma ferramenta fundamental para o sucesso do tratamento de pessoas com cancro ou outras doenças,⁸⁸ e deve incluir informações acerca do diagnóstico e do prognóstico (sendo estes itens até mais valorizados em relação à terapêutica) e sobre o controlo sintomático.⁸⁹

Saber comunicar oportunamente sobre a expectativa de vida da pessoa e os cuidados de fim de vida é crucial para garantir uma qualidade de vida da pessoa em fim de vida e uma preparação digna para a morte.⁹⁰ A família do doente, a vivenciar uma situação de doença, valoriza uma comunicação explícita com os profissionais de saúde, uma vez que considera que os mesmos estão mais focados nas experiências e necessidades do doente e da família, e, como tal, perspetiva-os como mais atenciosos, genuínos e sensíveis.⁹¹

A maioria dos doentes e das famílias percecionam que a comunicação dos profissionais de saúde é desconectada e inadequada, o que impede o envolvimento nos cuidados ou na tomada de decisão.⁹² As estratégias de comunicação devem incluir a sinalização do doente em deterioração do estado de saúde, de forma que: ajude na tomada de decisão; considere os desejos do doente; faculte opções à família; adequa as informações fornecidas às pessoas, de forma calma, direta, honesta e por fases; garanta o envolvimento

dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde na comunicação com os familiares.⁹³

Quando a família se sente capacitada e participa nos cuidados ao doente, os estudos sugerem que há uma melhoria da qualidade dos cuidados. Os profissionais de saúde deverão, assim, constatar estes resultados e de forma pró-ativa promover uma melhoria contínua baseada na melhor evidência, recorrendo a modelos de comunicação como o COMFORT (*Communication, Orientation and opportunity, Mindfulness, Family, Openings, Relating and radically adaptive messaging, Team*) que demonstraram aumentar a confiança, as competências e a satisfação dos profissionais envolvidos em situações como a comunicação com a família e doente em fim de vida,⁹⁴ na maneira como praticam e comunicam para garantir que a participação da família nos cuidados seja otimizada.⁹⁵

Em 2010, foi desenvolvido o projeto AMBER (*Assessment, Management, Best practice, Engagement, Recovery uncertain*), uma complexa intervenção utilizada nos hospitais de agudos do Reino Unido em doentes com limitada reversibilidade do quadro clínico e com probabilidade de desfecho fatal no episódio corrente de internamento, apesar de tratamento instituído.⁹⁶ O projeto AMBER incentiva os profissionais de saúde a interagir com doentes e família, no sentido de desenvolver um plano, no qual inclui prognóstico provável, ordem de reanimação e escalada terapêutica. Esse plano é revisto diariamente e incentiva a comunicação regular com o doente e com a sua família, em relação ao plano terapêutico e ao nível de cuidados.⁹⁷

CONCLUSÃO

Nos últimos 30 dias de vida, a combinação de deterioração da saúde e de incerteza clínica é motivo de angústia para os doentes e para as suas famílias, no hospital,^{98,99} por isso, muitos dos doentes internados em hospitais de agudos, por estarem em fase avançada/terminal da doença, deveriam ter um prognóstico definido, para que fosse iniciado atempadamente um plano de cuidados sintomáticos com objetivo de conforto e qualidade de vida. De ressaltar que o prognóstico é algo dinâmico e provisório, e, ao contrário do diagnóstico, necessita de ser reformulado em intervalos regulares.^{14,25}

As doenças crônicas condicionam a qualidade de vida dos doentes, pela perda progressiva da capacidade funcional, relacionada com múltiplas agudizações e com a necessidade crescente de internamentos, o que justifica a importância de formular um prognóstico ajustado à necessidade de cada doente.^{6,100} Torna-se fundamental a existência de um modelo preditivo de prognóstico em doentes com reduzida expectativa de vida, idade avançada e com pluripatologias, pois desta maneira seria possível estabelecer a necessidade de cuidados paliativos nestes doentes. A não identificação destas necessidades torna a comunicação sobre o fim da vida mais complexa e faz que o doente se submeta a vários

exames de diagnóstico, por vezes com intervenções inadequadas. Entretanto, uma vez identificado um doente com necessidade de cuidados paliativos, seria possível estabelecer planos de ação priorizados e um compromisso com a gestão do caso, com uma atitude preventiva e flexível, adaptada à progressão da doença, num contexto de processo dinâmico, resultando num impacto muito positivo na qualidade de vida do doente e da sua família, além de na redução nos custos dos sistemas de saúde.

A identificação da necessidade de cuidados paliativos pode ocorrer em qualquer fase da doença de base, desde o diagnóstico, por exemplo, e deve-se preconizar uma abordagem baseada em um modelo de cuidados partilhados na gestão da doença crônica. Existe uma clara sobreposição dos doentes crônicos complexos e com necessidade de cuidados paliativos, numa fase avançada da doença de base, quando se tornam evidentes indicadores de deterioração clínica, critérios de fragilidade, e a necessidade de gestão de controlo sintomático. Esta é uma nova realidade na enfermaria de Medicina Interna, e que impõe um desafio ao internista fazer a integração destas entidades proporcionando assim a melhor assistência a esta população tão vulnerável do ponto de vista clínico e social. O foco deve-se manter na multidimensionalidade do doente e sua família que enfrentam doenças crônicas em estado avançado.

Ao mesmo tempo, observa-se que a fragilidade está presente em grande parte dos doentes em fim de vida, pois relaciona-se diretamente com o nível de reserva do doente, independentemente do estado funcional e do número de doenças crônicas concomitantes,¹⁹ o que torna necessária a criação de modelos conceptuais alternativos de fim de vida que incluam variáveis dinâmicas e de caráter multidimensional.

A maior acuidade prognóstica melhora a prestação de cuidados, proporcionando assim melhor qualidade de vida aos doentes. Qualquer proposta que vise a melhoria contínua da qualidade numa enfermaria de Medicina Interna deve ser realizada a partir das necessidades identificadas no dia a dia. Daí surgir a proposta apresentada pelos autores na avaliação inicial de um doente na enfermaria de Medicina Interna, sob a forma de um formulário de rápido preenchimento com a identificação dos quatro itens referidos (*Estado funcional e cognitivo; Patologias definidoras de prognóstico e síndrome da fragilidade; Questão-surpresa no Serviço de Urgência e por fim a Comunicação com a família*) informaticamente, ainda na plataforma do registo clínico, como um requisito obrigatório para seguir com a realização efetiva do internamento. A referência a estes itens dentro do processo clínico pode ajudar a sistematizar de forma mais clara e rápida a formulação do prognóstico logo na admissão do internamento. Os autores também sugerem que seja incluído no sistema informático utilizado para registo do processo clínico, ferramentas como por exemplo, os Indicadores Clínicos

Específicos de Deterioração (Tabela 1), traduzidos e autorizados previamente pela *National GSF Centre in End of Life Care UK*. Estes indicadores poderiam facilitar a avaliação inicial e consequentemente a realização do prognóstico.

Tendo como base uma extensa literatura, os internistas podem e devem ter a preocupação de aprimorar a capacidade de realizar um prognóstico adaptado de forma individual para cada doente. E mais do que isso, além de formular o prognóstico, é necessária a sua comunicação ao doente e à família, de forma clara e com a maior precisão possível. Neste sentido, a comunicação encerra em si, um veículo promotor de relação terapêutica com a família e doente, possibilitado através da escuta ativa, apoio emocional, e do entendimento claro das expectativas do tratamento, e da garantia da satisfação e vontade do doente. Estes últimos pontos são fundamentais para o desígnio da humanização dos cuidados, e sobretudo da promoção da relação enfermeiro- doente e médico – doente, uma vez que têm em consideração o respeito pela pessoa e família na sua perspetiva como um todo.

Uma vez identificado o prognóstico de um doente, torna-se mais fácil estabelecer uma estratégia de seguimento durante o internamento e para o pós-alta. Isto seria particularmente interessante para os reinternamentos, tão frequentes num Serviço de Medicina Interna, que em parte são devidos a severidade e progressão das doenças crónicas de base, mas também se podem atribuir a fatores socioeconómicos/retaguarda familiar, bem como à incapacidade inicial do internista de fazer uma correta avaliação do prognóstico, não identificando as necessidades dos doentes no pós-alta ou em não preparar a família/cuidador para intercorrências, de acordo com a progressão natural da doença.¹⁰¹⁻¹⁰⁴

Torna-se assim cada vez mais evidente a necessidade de intervenções multidisciplinares, destinadas a cuidar e a avaliar o estado de saúde global de uma população idosa, com pluripatologias, polimedicada, dependente nas atividades de vida diária, com fragilidade clínica e social e com necessidade de cuidados paliativos, cada vez mais prevalente num Serviço de Medicina Interna. ■

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.

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

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

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Natália Loureiro – 72319@chts.min-saude.pt

Mestre em Cuidados Paliativos, Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Médica da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Hospital de S. Gonçalo, Amarante, Portugal.

Quinta da Lama, 4600-758 Telões, Amarante

Received / Recebido: 09/02/2021

Accepted / Aceite: 16/03/2021

Publicado / Published: 21 de setembro de 2021

REFERÊNCIAS

1. Boyd CM, McNabney MK, Brandt N, Correia-Araujo R, Daniel KM, Eplin J, et al. AGS Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:1957-68. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04187.
2. Fins JJ, Miller FG, Acres CA, Baccheta MD, Huzzard LL, Rapkin BD. End-of-life Decision-Making in the Hospital: Current Practice and Future Prospects. *J Pain Symptom Manage.* 1999;17:6-15. doi: 10.1016/s0885-3924(98)00109-2.
3. Desmedt MS, Kethulle YL, Deveugele MI, Keirse EA, Paulus DJ, Menten JJ, et al. Palliative inpatients in general hospitals: a one day observational study in Belgium. *BMC Palliat Care.* 2011;10:1-8.
4. Loureiro N, Amado J, Fragoso R. Cuidados Paliativos: Identificação da necessidade em doentes de Medicina Interna. *Rev Cuidados Paliat.* 2014;1:62-73.
5. Glare P, Christakis N. Predicting survival in patients with advanced disease. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* Oxford: Oxford University Press; 2005. p.29-42.
6. Loureiro N, Carneiro R. Prognóstico e doença crónica avançada: papel do internista. *Rev Port Med Int.* http://revista.spmi.pt/site/artigos_arquivo_consultar.php?id=2013070
7. Thorne SE, Bultz BD, Baile WF. Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. *Psycho-Oncology.* 2005;14: 875-884. doi: 10.1002/pon.947.
8. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations Between End-of-Life Discussions, Patient Mental Health, Medical Care Near Death, and Caregiver Bereavement Adjustment. *JAMA.* 2008;300:1665-73. doi:10.1001/jama.300.14.1665.
9. Kellett J. Prognostication — The lost skill of medicine. *Eur J Intern Med.* 2008;19:155-64. doi: 10.1016/j.ejim.2007.09.002.
10. Moons KM, Royston P, Vergouwe Y, Grobbee DE, Altman DG. Prognosis and prognostic research: what, why, and how? *BMJ.* 2009;338:b375. doi: 10.1136/bmj.b375.
11. Morrison RS, Siu AL, Leipzig RM, Cassel CK, Meier DE. The Hard Task of Improving the Quality of Care at the End of Life. *Arch Intern Med.* 2000;160:743-7. doi: 10.1001/archinte.160.6.743
12. Euro.who.int. [homepage na Internet]. WHO — Palliative Care for Older People: better practices; 2011. [consultado abril 2020]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf.
13. Ine.pt. [homepage na Internet]. Lisboa: Anuário Estatístico de Portugal — 2018. Instituto Nacional de Estatística; 2019 [consultado maio 2020]. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
14. Carneiro R. Medicina Interna, cronicidade e terminalidade. *Rev Soc Port Med Int.* 2014;21:91-6.
15. Carneiro R, Sousa E, Guerreiro T, Rocha N. Qualidade e Satisfação com a

- Prestação de Cuidados na Patologia Avançada em Medicina Interna. *Arq Med.* 2009;23:95-101.
16. Sousa L, Oliveira A, Marques AR, Morais J, Mendes M, Cardoso R, et al. Avaliação Geriátrica Global em Medicina Interna: Um Modelo Mais Adequado na Avaliação dos Doentes Idosos Internados. *Rev Port Med Int.* 2019;26:40-6. doi:10.24950/rspmi/original/214/1/2019.
 17. Ine.pt. [homepage na Internet]. Lisboa: Estatísticas da Saúde — 2018. Instituto Nacional de Estatística; 2020. [consultado junho 2020]. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
 18. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of Functional Decline at the End of Life. *JAMA.* 2003;289:2387-92. doi: 10.1001/jama.289.18.2387.
 19. Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espauella J, Martori JC, Oller R, Martínez-Muñoz M, et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. *BMJ Open.* 2016;6:e012340. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012340.
 20. Murtagh FE, Preston M, Higginson I. Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease. *Clin Med.* 2004;4:39-44. doi: 10.7861/clinmedicine.4-1-39.
 21. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet.* 2013; 381:752-62. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9.
 22. Rocha MC. Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos. SNS Jornadas Hospitalares 2018. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; 2018.
 23. Vargiu E, Fernández JM, Miralles F, Cano J, Gimeno-Santos E, Hernandez C, et al. Integrated Care for Complex Chronic Patients. *IJIC.* 2017;17:1-8. doi: doi:10.5334/ijic.3619.
 24. Who.int [homepage na Internet]. Geneva: World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life; 2014. [consultado junho 2020]. Disponível em: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
 25. Tavares T, Gonçalves E. Prognóstico Vital em Doentes com Cancro Avançado: Revisão Sistemática da Literatura. *Acta Med Port.* 2013;26:433-44.
 26. Pulido I, Baptista I, Brito M, Matias T. Como morrem os doentes numa enfermaria de medicina interna. *Rev Port Med Int.* 2010;17:222-6.
 27. Sousa S, Moraes MF, Beato V, Corredoura AS, Rodrigues G, Soares M, et al. Factores preditivos de morbilidade e mortalidade hospitalar e aos seis meses em doentes idosos hospitalizados. *Acta Med Port.* 2002;15:177-84.
 28. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:M146-57. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
 29. Strandberg TE, Pitkälä KH. Frailty in elderly people. *Lancet.* 2007;369:1328-9. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60613-8.
 30. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sick Med Sci.* 2007;62:722-7. doi: 10.1093/gerona/62.7.722.
 31. Sharp T, Moran E, Kuhn I, Barclay S. Do the elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals: a systematic literature review and narrative synthesis. *Br J Gen Pract.* 2013;63:e657-68. doi: 10.3399/bjgp13X673667.
 32. Mello AC, Engstrom EM, Alves LC. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. *Cad Saúde Pública.* 2014;30:1143-68. doi:0.1590/0102-311X00148213.
 33. Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee M, Schols JMG. The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. *JAMDA.* 2010;11:344-55. doi: 10.1016/j.jamda.2009.11.003.
 34. Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: a systematic review. *JAMA.* 2012;307:182-92. doi: 10.1001/jama.2011.1966.
 35. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the Concepts of Disability, Frailty and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *J Gerontol.* 2004;59:255-63. doi: 10.1093/gerona/59.3.M255.
 36. Hui D, Kilgore K, Nguyen L, Hall S, Fajardo J, Cox-Miller TP, et al. The accuracy of probabilistic versus temporal clinician prediction of survival for patients with advanced cancer: a preliminary report. *Oncologist.* 2011;16:1642-8. doi:10.1634/theoncologist.2011-0173.
 37. Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, Broeckaert B, Christakis N, Eychmueller S, et al. Prognostic factors in advanced cancer patients: evidence-based clinical recommendations — a study by the Steering Committee of the European Association for Palliative Care. *J Clin Oncol.* 2005;23:6240-8. doi: 10.1200/JCO.2005.06.866.
 38. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med.* 2002;162:2269-76. doi: 10.1001/archinte.162.20.2269.
 39. Monacelli F, Tafura M, Molfetta L, Sartini M, Nencioni A, Cea M, et al. Evaluation of prognostic indices in elderly hospitalized patients. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17:1015-021. doi: 10.1111/ggi.12801.
 40. Goldstandardsframework.org.uk. [homepage na Internet]. The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG); 2016 [consultado novembro 2020]. Disponível em: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/>
 41. Hight G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICt): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care.* 2014;4:285-90. doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000488.
 42. Thoosen B, Engels Y, Rijswijk E, Verhagen S, Weel C, Groot M, et al. Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud indicators for Palliative Care Needs (RADPAC). *Br J Gen Pract.* 2012;62:e625-31. doi: 10.3399/bjgp12X654597
 43. Palliativedrugs.com [homepage na Internet]. Center to Advance Palliative Care. 2004 Crosswalk of JCAHO Standards and Palliative Care — with PC— Policies, Procedures and Assessment Tools; 2004. [consultado junho 2020]. Disponível em: <https://www.palliativedrugs.com/download/JCAHO-crosswalk.pdf>.
 44. Npccr.org [homepage na Internet]. Victoria Hospice Society. Palliative Performance Scale (PPSV2); 2001. [consultado setembro 2020]. Disponível em: http://www.npccr.org/files/news/palliative_performance_scale_PPSv2.pdf
 45. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying chronic patients in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3:300-08. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000211.
 46. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Morena-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. *Eur J Int Med.* 2011;22:311-7. doi: 10.1016/j.ejim.2010.11.012.
 47. Guralnik JM, Ferrucci L. Demography and epidemiology. In: Ouslander JG, Hazzard WR, Tinetti M, Halter JB, Blass JP, editors. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hill; 2003. p.53-75.
 48. Carey EC, Walter LC, Lindquist K, Covinsky KE. Development and validation of a functional morbidity index to predict mortality in community-dwelling elders. *J Gen Intern Med.* 2004;19:1027-1033. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.40016.x.
 49. Bonizzoni E, Gussoni G, Agnelli G, Incalzi RA, Bonfanti M, Mastroianni F, et al. The complexity of patients hospitalized in Internal Medicine wards evaluated by FADOI-COMPLIMED score(s). A hypothetical approach. *PLoS One.* 2018;13:e0195805. doi: 10.1371/journal.pone.0195805.
 50. Nardi R, Nozzoli C, Berti F, Bonizzoni E, Fabbri LM, Frasson S et al. Prognostic value for mortality of the new FADOI-COMPLIMED score(s) in patients hospitalized in medical wards. *PLoS One.* 2019;14:e0219767. doi:10.1371/journal.pone.0219767.
 51. Pilotto A, Ferrucci L, Franceschi M, D'Ambrosio LP, Scarcelli C, Cascavilla L, et al. Development and Validation of a Multidimensional Prognostic Index for One-Year Mortality from Comprehensive Geriatric Assessment in Hospitalized Older Patients. *Rejuvenation Res.* 2008;11:151-61. doi:10.1089/rej.2007.0569.
 52. Pilotto A, Veronese N, Daragjati J, Cruz-Jentoft A, Polidori MC, Mattace-Raso F, et al. Using the Multidimensional Prognostic Index to Predict Clinical Outcomes of Hospitalized Older Persons: A Prospective, Multicenter, International Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2019;74:1643-9. doi: 10.1093/gerona/gy239.
 53. Levine SK, Sachs GA, Jin L, Meltzer D. A Prognostic Model for 1-Year Mortality in Older Adults after Hospital Discharge. *Am J Med.* 2007;120:455-60. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.09.021>.
 54. Muers MF, Shevlin P, Brown J. Prognosis in lung cancer: physicians' opinions

- compared with outcome and a predictive model. *Thorax*. 1996;51:894-902. doi:10.1136/thx.51.9.894.
55. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Survival Prediction of Terminally Ill Cancer Patients by Clinical Symptoms: Development of a Simple Indicator. *Jpn J Clin Oncol*. 1999;29:156-159. doi: 10.1093/jjco/29.3.156.
56. Evans C, McCarthy M. Prognostic uncertainty in terminal care: can the Karnofsky index help? *Lancet*. 1985;1:1204-06. doi: 10.1016/s0140-6736(85)92876-4.
57. Knaus WA, Harrell Jr FE, Lynn J, Goldman L, Phillips RS, Connors Jr AT, et al. The SUPPORT prognostic model. Objective estimates of survival for seriously ill hospitalized adults. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. *Ann Intern Med*. 1995;122:191-203. doi: 10.7326/0003-4819-122-3-199502010-00007.
58. Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, Palmer RM, Landefeld CS, Fortinsky RH, et al. Development and Validation of a Prognostic Index for 1-Year Mortality in Older Adults After Hospitalization. *JAMA*. 2001;285:2987-93. doi: 10.1001/jama.285.23.2987.
59. Teno JM, Harrell Jr FE, Knaus W, Phillips RS, Wu AW, Connors Jr A, et al. Prediction of Survival for Older Hospitalized Patients: The HELP Survival Model. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:S16-S24. doi: 10.1111/j.1532-5415.2000.tb03126.x.
60. Bogardus ST, Towle V, Williams CS, Desai MM, Inouye SK. What Does the Medical Record Reveal about Functional Status? A Comparison of Medical Record and Interview Data. *J Gen Intern Med*. 2001;16:728-36. doi: 10.1111/j.1525-1497.2001.00625.x.
61. Martínez-Velilla NI, Gaminde Inda ID. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clin*. 2011;136:441-6. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.018.
62. Diederichs C, Berger K, Bartels DB. The Measurement of Multiple Chronic Diseases — A Systematic Review on Existing Multimorbidity Indices. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2011;66A:301-11. doi: 10.1093/gerona/glq208.
63. Glare P. Clinical predictors of survival in advanced cancer. *J Support Oncol*. 2005;3:331-9.
64. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011;343:d6553. doi: 10.1136/bmj.d6553.
65. Martínez-Velilla N, Ibáñez-Berioz B, Cambra-Contín K, Alonso-Renedo J. Is Comprehensive Geriatric Assessment a Better 1-Year Mortality Predictor Than Comorbidity and Prognostic Indices in Hospitalized Older Adults? *J Am Geriatr Soc*. 2013;61:1821-23. doi: 10.1111/jgs.12488.
66. Martínez-Velilla N, Cambra-Contín K, Ibáñez-Berioz B. Comorbidity and prognostic indices do not improve the 5-year mortality prediction of components of comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients. *BMC Geriatrics*. 2014;14:64. doi: 10.1186/1471-2318-14-64.
67. Devons CA. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2002;5:19-24. doi: 10.1097/00075197-200201000-00004.
68. Incalzi RA, Capparella O, Gemma A, Landi F, Bruno E, Meo F, et al. The interaction between age and comorbidity contributes to predicting the mortality of geriatric patients in the acute-care hospital. *J Intern Med*. 1997;242:291-8. doi: 10.1046/j.1365-2796.1997.00132.x.
69. Fried LP, Bandeen-Roche K, Kasper JD, Guralnik JM. Association of Comorbidity with Disability in Older Women: the Women's Health and Aging Study. *J Clin Epidemiol*. 1999;52:27-37. doi: 10.1016/s0895-4356(98)00124-3.
70. Inouye SK, Peduzzi PN, Robison JT, Hughes JS, Horwitz RJ, Concato J. Importance of Functional Measures in Predicting Mortality Among Older Hospitalized Patients. *JAMA*. 1998;279:1187-93. doi: 10.1001/jama.279.15.1187.
71. Landi F, Liperoti R, Russo A, Capoluongo E, Barillaro C, Pahor M, et al. Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older. *J Clin Epidemiol*. 2010;63:752-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.09.007.
72. Basile G, Catalano A, Mandraffino G, Maltese G, Alibrandi A, Ciancio G, et al. Frailty modifications and prognostic impact in older patients admitted in acute care. *Aging Clin Exp Res*. 2019;31:151-5. doi: 10.1007/s40520-018-0989-7.
73. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma: With particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer*. 1948;1:634-56.
74. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970; 10:20-30. doi: 10.1093/geront/10.1_part_1.20
75. Wilson JG, English DP, Owyang C, Chimelski EA, Grudzen CR, Wong HN, et al. End-of-Life Care, Palliative Care Consultation, and Palliative Care Referral in the Emergency Department: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59: 372-83. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.09.020.
76. George N, Phillips E, Zurova M, Song C, Lamba S, Grudzen C. Palliative Care Screening and Assessment in the Emergency Department: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51:108-19. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.07.017.
77. Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN, Hu M, Wang B, Ortiz JM, et al. Emergency Department-Initiated Palliative Care in Advanced Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol*. 2016;2:591-8. doi: 10.1001/jamaoncol.2015.5252.
78. Kistler EA, Morrison RS, Richardson LD, Ortiz JM, Grudzen CR. Emergency Department-triggered Palliative Care in Advanced Cancer: Proof of Concept. *Acad Emerg Med*. 2015;22:237-9. doi: 10.1111/acem.12573
79. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678
80. Connor S, Pyenson B, Fitch K, Spence C, Iwasaki K. Comparing hospice and nonhospice survival among patients who die within a three-year window. *J Pain Sympt Manage*. 2007;33:238-46. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.10.010.
81. Haydar SA, Strout TD, Bond AG, Han PK. Prognostic value of a modified surprise question designed for use in the emergency department setting. *Ulrich Exp Emerg Med*. 2019;6:70-6. doi: 10.15441/ceem.17.293.
82. Pereira B, Reis-Pina P. A Emergência Médica e a Medicina Paliativa: A Necessidade de uma Agenda Comum. *Rev Port Med Int*. 2020;27:275-6. doi: 10.24950/CE/126/20/3/2020.
83. O'Callaghan A, Laking G, Frey R, Robinson J, Gott M. Can we predict which hospitalised patients are in their last year of life? A prospective cross-sectional study of the Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance as a screening tool in the acute hospital setting. *Palliat Med*. 2014;28: 1046-052. doi: 10.1177/0269216314536089.
84. Santos F. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In: Santos F. Atheneu. 2011, Diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. São Paulo: Atheneu; 2011. p.3-16.
85. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich H, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6:CD011129. doi: 10.1002/14651858.CD011129.pub2.
86. Posluszny DM, Bovbjerg DH, Syrjala KL, Agha M, Dew MA. Correlates of anxiety and depression symptoms among patients and their family caregivers prior to allogeneic hematopoietic cell transplant for hematological malignancies. *Support Care Cancer*. 2019;27: 591-600. doi: 10.1007/s00520-018-4346-3.
87. Rogers IR, Lukin B. Applying palliative care principles and practice to emergency medicine. *Emerg Med Australas*. 2015;27:612-5. doi: 10.1111/1742-6723.12494.
88. Ragan SL. Overview of communication. In: Wittenberg E, Ferrell BR, Goldsmith J, Ragan SL, Handzo G, editors. *Textbook of Palliative Care Communication*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
89. Carneiro R, Freire E, Alves J, Rocha N. Gestos e atitudes em Medicina centrada no doente num Serviço de Medicina Interna. *Acta Med Port*. 2010;23:1035-042.
90. Walczak A, Butow PN, Clayton JM, Tattersall MHN, Davidson PM, Young J, et al. Discussing prognosis and end-of-life care in the final year of life: a randomised controlled trial of a nurse-led communication support programme for patients and caregivers. 2014;4:e005745. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005745.
91. Washington KT, Craig KW, Oliver DP, Ruggeri JS, Brunk SR, Goldstein AK, et al. Family caregivers perspectives on communication with cancer care providers. *J Psychosoc Oncol*. 2019;37:777-90. doi: 10.1080/07347332.2019.1624674.
92. van der Eerden M, Hughes S, Varey S, Ewert B, Schwabe S, Busa C, et al. Person-centred palliative care in five European countries: the experiences of

- patients and family carers. *IJIC*. 2016;16:A162. doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.2710>
93. Anderson RJ, Bloch S, Armstrong M, Stone PC, Low J. Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliat Med*. 2019;33:926-41. doi: [10.1177/0269216319852007](https://doi.org/10.1177/0269216319852007).
 94. Fuoto A, Turner KM. Palliative Care Nursing Communication: An Evaluation of the COMFORT Model. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21:124-30. doi: [10.1097/NJH.0000000000000493](https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000493).
 95. Mackie BR, Mitchel M, Marshall AP. Patient and family members' perceptions of family participation in care on acute care wards. *Scand J Caring Sci*. 2019;33:359-70. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12631>
 96. Carey I, Shouls S, Bristowe K, Morris M, Briant L, Robinson C, et al. Improving care for patients whose recovery is uncertain. The AMBER care bundle: Design and implementation. *BMJ Support Palliat Care*. 2015;5:12-8. doi: [10.1136/bmjspcare-2013-000634](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000634).
 97. Koffman J, Yorganci E, Murtagh F, Yi D, Gao W, Barclay S, et al. The AMBER care bundle for hospital inpatients with uncertain recovery nearing the end of life: the ImproveCare feasibility cluster RCT. *Health Technol Assess*. 2019;23:1-150. doi: [10.3310/hta23550](https://doi.org/10.3310/hta23550).
 98. Brashers DE. Communication and Uncertainty Management. *J Commun*. 2006;51:477-97. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2001.tb02892.x>
 99. Etkind SN, Bristowe K, Bailey K, Selman LE, Murtagh F. How does uncertainty shape patient experience in advanced illness? A secondary analysis of qualitative data. *Palliat Med*. 2016;31:171-80. doi: [10.1177/0269216316647610](https://doi.org/10.1177/0269216316647610).
 100. de-la-Rica-Escuin M, García-Barrecheguren A, Monche-Palacín AM. Assessment of the needs for palliative care in advanced chronic patients on discharge. *Enferm Clín*. 2019;29:18-26. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2018.07.004>.
 101. Donzé J, Aujesky D, Williams D, Schnipper JL. Potentially Avoidable 30-Day Hospital Readmissions in Medical Patients: Derivation and Validation of a Prediction Model. *JAMA Intern Med*. 2013;173:632-8. doi: [10.1001/jamainternmed.2013.3023](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.3023).
 102. Donzé J, Lipsitz S, Bates DW, Schnipper JL. Causes and patterns of readmissions in patients with common comorbidities: retrospective cohort study. *BMJ*. 2013;347:f7171. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f7171>.
 103. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*. 2009;360:1418-28. doi: [10.1056/NEJMsa0803563](https://doi.org/10.1056/NEJMsa0803563).
 104. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freemann M, et al. Risk Prediction Models for Hospital Readmission: A Systematic Review. *JAMA*. 2011;306:1688-98. doi: [10.1001/jama.2011.1515](https://doi.org/10.1001/jama.2011.1515).